



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Relatório de Estágio

***Empowerment* Parental para a Promoção da Alimentação
Saudável no Primeiro Ano de Vida: o contributo da
Enfermagem**

Parental Empowerment for Promoting Healthy Eating in the First Year of Life:
The Contribution of Nursing

Sara Margarida Ferreira Silva Lobo

Lisboa
2024



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Relatório de Estágio

Empowerment Parental para a Promoção da Alimentação
Saudável no Primeiro Ano de Vida: o contributo da
Enfermagem

Parental Empowerment for Promoting Healthy Eating in the First Year of Life:
The Contribution of Nursing

Sara Margarida Ferreira Silva Lobo

Orientador/a: Professora Doutora Sónia Borges Rodrigues

Lisboa
2024

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Agradecimentos

À Professora Doutora Sónia Borges Rodrigues por ser a calma na tempestade, que me orientou e guiou durante este processo.

Aos meus colegas de Mestrado pelo apoio, pela empatia e pela companhia nesta jornada.

Às Enfermeira Cátia, Joana, Andreia, Margarida e Tânia, por serem exemplo na prática e me terem acolhido tão bem.

À Enfermeira Marta, pelo apoio e ajuda com os muitos pedidos relacionados com os horários. Aos meus colegas de trabalho pela paciência, encorajamento e apoio.

À minha família pelo apoio, pela paciência e pela ajuda. À minha mãe, pilar desde sempre, por ser um dos meus braços, aos meus sogros e Joana pela ajuda, apoio e companhia.

Ao Manel, meu porto seguro, pelo encorajamento, pelo apoio, por estar sempre lá, por cuidar de mim e dos nossos filhos.

Aos meus filhos, Henrique e Vicente, por guiarem este processo, por serem a minha inspiração e por compreenderem a minha ausência. Foi por eles!

Muito obrigada!

Lista de Siglas

AM – Aleitamento Materno

CSP - Cuidados de Saúde Primários

COSI - *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

DA – Diversificação Alimentar

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESEL – Escola Superior de enfermagem de Lisboa

MESIP – Mestrado em Enfermagem de saúde Infantil e Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PMCQCE - Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PNPAS - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN - Recém-Nascido

SIP – Serviço de Internamento de Pediatria

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UNICEF – *United Nations International Children's Fund*

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

A alimentação no primeiro ano de vida é fundamental para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, sendo este período determinante na aquisição e sedimentação de hábitos alimentares saudáveis. A prevenção das doenças crónicas não-transmissíveis, relacionadas com a alimentação desadequada é uma meta da saúde em Portugal e o enfermeiro, através do *empowerment* dos pais, contribui nesse sentido.

A filosofia dos cuidados centrados na família, o *empowerment* parental e a teoria das Transições são alguns dos referenciais que norteiam o presente relatório, suportando a atuação de enfermagem na promoção da alimentação saudável.

O enfermeiro especialista em saúde infantil e Pediátrica (EESIP) presta cuidados de nível avançado à criança/família, fundamentados em conhecimentos e habilidades especializadas, que lhe permite prevenir, identificar e atuar nas situações que possam afetar a vida ou a qualidade de vida da criança.

A metodologia utilizada na realização deste relatório é a metodologia de projeto sustentada pela prática reflexiva e pela aprendizagem experiencial que resultou da realização de diversos estágios, onde foram realizadas múltiplas atividades que permitiram a aquisição de competências comuns de enfermeiro especialista (EE), de competências específicas de EESIP e de mestre. As atividades desenvolvidas, como o planeamento de um projeto de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem ou a realização de recursos físicos para as famílias, contribuíram para a melhoria da qualidade dos cuidados à criança/família, para a promoção da saúde das crianças e da parentalidade, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento saudável. As competências, conhecimentos e habilidades desenvolvidas com a realização deste projeto nortearão o desenvolvimento profissional futuro.

Palavras-chave: Alimentação da Criança, parentalidade, Empoderamento, Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

Nutrition in the first year of life is crucial for the healthy growth and development of the child, with this period being decisive in the acquisition and consolidation of healthy eating habits. Preventing non-communicable chronic diseases related to inadequate diet is a health goal in Portugal, and nurses, through empowering parents, contribute towards this goal.

The philosophy of family-centered care, parental empowerment and Afaf Meleis's Transitions Theory are some of the frameworks that guide this report, supporting nursing practice in promoting healthy diets.

The Pediatric Nurse Specialist provides advanced-level care to the child/family, grounded in specialized knowledge and skills, which enables them to prevent, identify, and address situations that may affect the child's life or quality of life.

The methodology used in this report is a project-based methodology supported by reflective practice and experiential learning resulting from various internships, where multiple activities were carried out, such as a quality of the nursing care improvement program or the development of physical resources for families, which allowed the acquisition of common competencies of the specialist nurse, specific competencies of Pediatric specialist nurse and master's level competencies. The activities undertaken contributed to improving the quality of care for the child/family, promoting child health and parenthood, thereby contributing to their healthy growth and development. The competencies, knowledge and skills developed through the completion of this project will guide future professional development.

Keywords: Infant food, Parenting, Empowerment, Pediatric Nursing

Índice

Introdução	9
1. Problemática de Enfermagem	13
2. Enquadramento Teórico-Conceptual.....	17
2.1. Alimentação no primeiro ano de vida: do aleitamento à diversificação alimentar.....	17
2.2. Envolvimento da família na promoção da alimentação saudável da criança....	23
2.3. Cuidados de enfermagem facilitadores das transições.....	27
3. Objetivos Gerais e Específicos	31
4. Metodologia	32
5. Análise e Reflexão das Atividades Desenvolvidas em Estágio para a Aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	34
5.1. Competências comuns de enfermeiro especialista	35
5.2. Competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.....	43
5.3. Competências de mestre.....	56
Considerações Finais e Projetos Futuros	57
Referências Bibliográficas	60

Introdução

O Presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP), ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tem como finalidade perspetivar o percurso de formação na área clínica, através da análise crítica e reflexiva do percurso formativo desenvolvido ao longo dos estágios realizados, com vista ao desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), articulando com as competências de grau de mestre.

O aumento da exigência técnica e científica dos cuidados de enfermagem resulta na procura da diferenciação e especialização por parte dos enfermeiros. Pelo que, ao EE são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas, que lhes permite prestar cuidados especializados (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Por sua vez, o EEESIP trabalha em parceria com a criança (desde o nascimento aos 18 anos), saudável ou doente, e sua família, procurando promover a saúde ao seu mais elevado estado possível, proporcionar educação para a saúde e identificar e mobilizar recursos significativos (Regulamento n.º 422/2018). Ademais, é atribuído o grau de mestre a quem, através da reflexão, análise e tomada de decisão, demonstre conhecimentos e capacidade de resolução de situações complexas e problemas na sua área de estudo (Decreto-lei n.º 65/2018). Para o desenvolvimento destas competências foi utilizada a metodologia de projeto, sustentada na prática reflexiva e na aprendizagem experiencial, isto é, "(...) a compreensão da realidade que constitui o centro da aprendizagem é um produto do sujeito como observador e de que a experiência, para ser formativa, tem de ser concetualizada, reflectida" (Alarcão, 2001, p. 55), sendo essas experiências posteriormente transformada em conceitos, que irão guiar novas experiências (Alarcão, 2001). Deste modo, foi realizado um projeto de estágio, cuja implementação e avaliação versa neste relatório.

Criança é "(...) todo o ser humano menor de 18 anos" e todas as decisões relativas a ela deverão ter em vista o seu superior interesse (United Nations International Children's Fund [UNICEF], 1989, p. 8). Todas as crianças têm direito ao acesso a uma alimentação nutritiva e a que os seus pais/tutores/representantes legais tenham acesso

e sejam apoiados na “(...) utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde e a nutrição da criança, as vantagens do aleitamento materno (...)” (UNICEF, 1989, p. 21).

Os primeiros anos de vida são considerados um momento crítico para o desenvolvimento do lactente e da criança pequena (Lutter et al., 2021), sendo esta fase determinante na aquisição e sedimentação de hábitos alimentares saudáveis, de forma a possibilitar a expressão máxima do potencial individual de crescimento e desenvolvimento (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2019; Lutter et al., 2021). É, também, uma altura de grande suscetibilidade às alterações ponderais, pelo que se demonstra como um momento fundamental na modulação do risco de doenças crónicas (DGS, 2019; Lutter et al., 2021; OMS, 2023), na medida em que os hábitos alimentares, os estilos de vida e os comportamentos estabelecidos nesta idade tendem a persistir até à idade adulta (Gago et al., 2022; Spurlock et al., 2023). A desnutrição ou a obesidade afetam negativamente o desenvolvimento e a qualidade de vida da criança (OMS, 2023b), pelo que este período representa um momento oportuno para a sua prevenção (DGS, 2022; Kinlin et al., 2022).

A obesidade é uma doença multifatorial, complexa, definida pelo excesso de adiposidade, que deriva de uma série de fatores e representa um risco para a saúde (Jebeile et al., 2022; OMS, 2022). A alimentação no primeiro ano de vida demonstra-se como um dos pilares basilares na prevenção, quer da desnutrição, quer da obesidade na medida em que, não só pelo facto de o Aleitamento Materno (AM) se demonstrar como protetor do desenvolvimento de excesso de peso ou obesidade como o período de diversificação alimentar assume, também importante influência. A diversificação alimentar (DA) corresponde ao período de introdução de outros alimentos que não o leite materno, quando se verifica que este já não é capaz de suprimir as necessidades energéticas, nutricionais e calóricas da criança (OMS, 2023). Assim, durante esta fase de transição, a tónica deve ser colocada na promoção da alimentação saudável, como a manutenção do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida, caso não seja possível, apenas ser oferecido leite adaptado até a criança demonstrar sinais de estar pronta para iniciar a DA (OMS, 2023b). A criança deve ser exposta a alimentos nutritivos, como legumes, hortícolas, frutas, proteínas vegetais e animais, fazendo total evicção de açúcares adicionais, mel e sal até aos dozes meses de vida (DGS, 2019a; OMS, 2023b). As

crianças devem ser alimentadas em família, sem distrações e de forma responsiva (OMS, 2023b; Pérez-Escamilla et al., 2021). A alimentação responsiva envolve uma reciprocidade entre crianças e cuidador durante a alimentação e envolve o conhecimento e reconhecimento dos sinais de fome e saciedade, os quais são adereçados adequada e prontamente. Consequentemente, auxiliar-se-á a criança a melhor se regular e assim influenciar em casos de eventual risco de desnutrição ou a obesidade (OMS, 2023b; Pérez-Escamilla et al., 2021).

A família é uma constante na vida da criança, pelo que a sua participação e colaboração nos cuidados, nas tomadas de decisão relativamente à saúde da criança deve ser encorajada. Deste modo, o EEESIP deve prestar cuidados centrados na família e não traumáticos de forma a potenciar os benefícios de uma parceria entre a tríade enfermeiro/criança/família (Hockenberry, 2024). Ademais, o *empowerment* parental permite a criação de ambientes, oportunidades e experiências para que os indivíduos e famílias possam participar na formulação dos problemas de saúde, nas tomadas de decisão e nas ações (Vuorenmaa et al., 2016). Assim, pretende-se que os pais participem na co-produção dos cuidados, na medida das suas capacidades e vontade para tal (Borges Rodrigues et al., 2021). Através da promoção da saúde, do estabelecimento de uma parceria nos cuidados, da promoção e estimulação do crescimento e desenvolvimento da criança e do reconhecimento e promoção da parentalidade (Regulamento n.º 422/2018), especificamente, no que concerne a alimentação no primeiro ano de vida, o EEESIP facilita o processo de *empowerment* parental, que se demonstra como preditivo de práticas parentais mais saudáveis (Gago et al., 2022a). Ao fazê-lo, verifica-se uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, auxiliando as crianças e famílias a alcançar o potencial máximo de saúde e, assim, prevenir complicações (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001).

O referencial teórico que dá suporte a este relatório é a Teoria das Transições de Afaf Meleis, que atesta que as transições podem ser complexas, multidimensionais e de diversos tipos e resultam de uma alteração na vida, saúde ou ambiente da pessoa, podendo ser iniciada assim o evento ou mudança é antecipada (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000). Assim, a intervenção de enfermagem deve promover e supervisionar a oferta de uma alimentação adequada no sentido de promover a saúde (DGS, 2019a) e, assim,

facilitar as transições que os lactentes e seus cuidadores vivenciam neste período, através da sua identificação e/ou adequação de terapêuticas de enfermagem, com fim a promover uma transição saudável (Meleis, 2010).

Este relatório pressupõe a concretização de dois objetivos gerais que consistem no desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no cuidado à criança e família, nos processos saúde/doença e nos diferentes contextos de saúde, bem como, desenvolver competências no âmbito do *empowerment* parental para a promoção da alimentação saudável, no primeiro ano de vida da criança. O desenvolvimento destas competências é realizado em articulação com as competências de mestre e, para tal, foram planeadas atividades que foram implementadas ao longo dos estágios realizados.

O presente relatório encontra-se dividido em seis capítulos. O primeiro consiste na apresentação da problemática de enfermagem, onde será abordada a importância da prevenção das doenças crónicas não transmissíveis que advêm de uma alimentação inadequada através da promoção da saúde e da literacia em saúde e sua relação com a Enfermagem. O segundo capítulo versa o enquadramento teórico, resultado da revisão da literatura, onde se encontram explanados os conceitos centrais, como o AM, a DA e o *empowerment*, bem como, a mobilização dos referenciais teóricos dos cuidados centrados na família (CCF), os cuidados não-traumáticos e a Teoria das Transições. No terceiro capítulo, são definidos os objetivos gerais e específicos, seguido da apresentação da metodologia utilizada, assim como, da importância da análise reflexiva e da aprendizagem experimental. No quinto capítulo apresenta-se uma análise e reflexão acerca das competências adquiridas ao longo dos estágios, dividindo-se em três subcapítulos correspondentes às competências de EE, EEESIP e de mestre. O sexto capítulo explana as minhas considerações finais, onde reflito sobre o impacto da formação e apresento projetos para o futuro. Por fim, são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas, elaboradas de acordo com a 7.ª edição das normas APA.

1. Problemática de Enfermagem

O Estado Português, através do Plano Nacional de Saúde 2021-2030, evidencia a necessidade de se intervir nos determinantes das doenças crónicas não transmissíveis, atribuindo um importante ónus à alimentação inadequada, ao excesso de peso e obesidade, entre outros, como principais causas, não só, de doenças crónicas, mas também, de perda de qualidade de vida e mortalidade prematura (DGS, 2022a). E, assim, estabelece como grandes desígnios para Portugal: (a) reduzir as desigualdades; (b) promover o desenvolvimento de comportamentos, culturas e comunidades saudáveis; (c) reduzir a carga das doenças não transmissíveis; entre outros. Para tal, define linhas de orientação estratégica que compreendem a promoção e a proteção da saúde, nomeadamente através de estratégias de intervenção ao nível da promoção da alimentação saudável, do AM, da atividade física, da saúde em meio escolar, da literacia em saúde e da saúde infantil e juvenil, entre outros (DGS, 2022a). Quer a alimentação, quer as políticas de saúde devem dar resposta a ambas as formas de malnutrição – desnutrição e excesso de peso/obesidade – no sentido de alcançar diversos objetivos de desenvolvimento sustentável das Nações Unidas e suas metas, especificamente o objetivo que se relaciona com a erradicação da fome, a melhoria da segurança alimentar, da alimentação e a promoção da agricultura sustentável (Phelps et al., 2024; United Nations, 2022). Em Portugal, segundo os dados do *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI), de 2022, verificou-se que 31,9% de crianças entre os 6 e os 8 anos tinham excesso de peso, 13,5% obesidade e 1,6% baixo peso. Apesar das tendências anteriores demonstrarem um decréscimo na prevalência de crianças com excesso de peso e obesidade, o COSI de 2022 evidencia um aumento em ambos (Rito et al., 2023). A nível europeu, verificou-se que 1 em cada 3 crianças vivem com excesso de peso ou obesidade (OMS, 2022).

Sabe-se que as consequências da desnutrição nos primeiros anos de vida incluem um aumento da morbidade e mortalidade, atrasos no desenvolvimento e um aumento do risco de desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis (Lutter et al., 2021; OMS, 2023b). Constata-se ainda um evidente impacto negativo no desempenho escolar (United Nations International Children's Fund (UNICEF), 2020). A longo prazo, a desnutrição associa-se a uma redução da capacidade laboral e dos rendimentos e, no caso das raparigas, uma redução da capacidade reprodutiva (Lutter et al., 2021).

A obesidade é uma doença multifatorial, complexa, definida pelo excesso de adiposidade, que representa um risco para a saúde. Deriva de uma série de exposições sociais, ambientais e económicas, que interagem com fatores comportamentais e biológicos individuais, que se acumulam ao longo da vida – quando adquirida na infância frequentemente persiste pela adolescência e pela adultícia (Jebeile et al., 2022; OMS, 2022). A obesidade infantil pode resultar em diversas doenças crónicas não transmissíveis, como diabetes *mellitus* tipo II, hipertensão arterial, apneia obstrutiva do sono, problemas ortopédicos, entre outros, mas também, pode resultar numa baixa autoestima, isolamento social, podendo desencadear distúrbios alimentares. A criança apresenta um risco duas a três vezes superior de ser obesa se os seus pais também sofrerem de obesidade. (Fisher, 2024; Köse & Yıldız, 2021; Lutter et al., 2021; Rito et al., 2023; UNICEF, 2020).

As práticas alimentares na primeira infância têm diversas influências no desenvolvimento da obesidade infantil (Jebeile et al., 2022), pelo que este período se demonstra essencial para a prevenção da mesma, nomeadamente através da adoção de estratégias que incluam a promoção do AM ou dos hábitos alimentares saudáveis (Martín-Torres et al., 2021). Por exemplo, a evidência demonstra que o AM constitui um fator protetor para o desenvolvimento de excesso de peso ou obesidade (Jebeile et al., 2022; OMS & UNICEF, 2021; Shloim et al., 2018). Por outro lado, a introdução de leite adaptado e o início precoce da DA aumenta a probabilidade de desenvolvimento de excesso de peso ou obesidade (Lutter et al., 2021; OMS, 2023b; Shloim et al., 2018). Segundo os dados do COSI (2023), 90,1% das crianças incluídas no estudo foram amamentadas, das quais 21,8% durante 6 meses ou mais. Este estudo permitiu caracterizar os hábitos alimentares das crianças portuguesas em idade escolar, verificando um consumo mais elevado de hortifrutículas (71,2%) do que de legumes, um consumo superior de carne do que de pescado e um consumo de snacks doces, quatro ou mais vezes por semana, de cerca de 24% e de 72,4% até três vezes por semana. Verificou-se ainda um consumo regular de bebidas açucaradas (Rito et al., 2023). Segundo os dados do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade física 2015-2016, 72% das crianças não ingeriam a quantidade recomendada de hortofrutícolas, 41% das crianças fazia uma ingestão de açúcares livres superior a 10% do recomendado e os adolescentes

apresentavam uma ingestão diária particularmente elevada de refrigerantes (42%) (Lopes et al., 2022). Num estudo realizado em 2012, em Portugal, verificou-se que 90,8% das crianças iniciaram o AM, com uma duração média de 4 meses e 77% ingeriram fórmulas infantis no primeiro ano de vida. Aos 2-3 anos de idade 17% das crianças consumia diariamente bebidas açucaradas e 10% sobremesas e doces. Neste estudo verificou-se que apenas 47% das crianças ingeria 5 porções de fruta e vegetais por dia (Rêgo et al., 2013).

Importa ressaltar que estes hábitos pouco saudáveis e, conseqüentemente, o excesso de peso e obesidade afetam de forma desproporcional as populações, sendo mais evidente nas populações mais vulneráveis socioeconomicamente, sendo duas vezes mais frequentes nestas (DGS, 2022c; OMS, 2022). Como tal, deve manter-se, desenvolver e implementar ações que permitam a redução da carga das doenças associadas aos hábitos alimentares inadequados (DGS, 2022c). O investimento precoce na saúde e desenvolvimento das crianças demonstra benefícios ao longo das suas vidas, mas também, para a sociedade em geral (Clark et al., 2020) e, nesse sentido, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030 (PNPAS 2022-2030) estabelece como foco a prevenção, através da promoção de hábitos alimentares saudáveis, para evitar o desenvolvimento e progressão de problemas relacionados com o estado nutricional e das doenças crónicas a ele associado, sem esquecer o impacto das desigualdades sociais na procura e acesso aos cuidados de saúde. Para o atingir, o PNPAS 2022-2030 propõe a criação de ambientes alimentares saudáveis, a promoção da literacia em saúde e a capacitação da população para escolhas alimentares mais saudáveis. Pretende, ainda, reforçar e reorientar os serviços de saúde a promover a alimentação saudável, a intervir de forma intersectorial e a desenvolver estratégias que melhorem a qualificação e a atuação dos profissionais de saúde, para que se promova a saúde e se previna a doença, independentemente do contexto de prestação de cuidados (DGS, 2022c).

Enquanto enfermeira num Serviço de Urgência Pediátrica, contacto cada vez mais com crianças com problemas de saúde relacionados com a alimentação desadequada, como por exemplo, excesso de peso ou obesidade e senti que não tinha conhecimentos, competências e recursos suficientes para intervir. Para além disso, devido às minhas

experiências profissionais anteriores, em contexto de neonatologia, sempre tive um particular interesse na promoção do aleitamento materno. Contudo, quando fui mãe senti diversas dificuldades no período de DA e na adequação da alimentação do meu filho na sua escola, pelo que fui desenvolvendo um especial interesse sobre a promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida.

Assim, a pessoa, a saúde, o ambiente e os cuidados de enfermagem constituem os quatro metaparadigmas da Enfermagem (OE, 2001) e a promoção da alimentação saudável vai ao encontro de cada um deles na medida em que comer é uma necessidade humana básica e, ao fazê-lo de forma saudável, está a promover-se a saúde da criança, prevenindo a doença, com evidências acima. Também o ambiente assume elevada importância nos processos alimentares, pois as condições socioeconómicas influenciam o tipo de alimentação e a alimentação é altamente influenciada pela cultura, valores e crenças da família (Lutter et al., 2023). Para além disso, a promoção da alimentação saudável da criança através do *empowerment* parental consiste numa intervenção autónoma de enfermagem, enquadrada numa abordagem multidisciplinar. Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica enfatizam como intervenção do EEESIP a avaliação dos conhecimentos e comportamentos da criança relativamente à sua saúde, bem como a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover comportamentos potenciadores de saúde com a criança e família, nomeadamente através do fornecimento de informação que seja orientadora dos cuidados antecipatórios, mobilizando, para tal, estratégias motivadoras ao desempenho adequado da criança e família na sua saúde. De igual modo, compete ao EEESIP a implementação de intervenções promotoras das competências parentais, designadamente no que concerne à amamentação (OE, 2017). Assim, o EEESIP, através da prestação de cuidados em parceria com a família, promove a maximização da saúde da criança/família, através da utilização de estratégias de comunicação adequadas à idade, à mobilização de recursos, à transmissão de conhecimentos e de treino de habilidades, promovendo, desta feita, o crescimento e desenvolvimento saudável da criança através da promoção da alimentação saudável da criança.

2. Enquadramento Teórico-Conceptual

Neste capítulo irei apresentar a temática em estudo, resultante da revisão da literatura realizada que sustenta o presente relatório. Será dividido em 3 subcapítulos. O primeiro subcapítulo aborda a temática da alimentação no primeiro ano de vida, designadamente o AM e a DA. O segundo subcapítulo relaciona-se com a promoção da alimentação saudável através do *empowerment* parental, onde versam conceitos determinantes para a sua compreensão. O terceiro subcapítulo explana os referenciais teóricos que sustentam a intervenção especializada de enfermagem, nomeadamente os cuidados centrados na família, os cuidados não-traumáticos e a teoria de transições de Afaf Meleis.

A representação gráfica e a relação dos conceitos mobilizados durante a elaboração deste relatório encontram-se espelhadas no mapa conceptual que pode ser consultado no apêndice I.

2.1. Alimentação no primeiro ano de vida: do aleitamento à diversificação alimentar

O primeiro ano de vida destaca-se pelo rápido crescimento, que é particularmente mais acelerado nos primeiros seis meses de vida (Cain, 2024). Este crescimento é acompanhado por importantes aquisições motoras, sensoriais e cognitivas (DGS, 2019a). O crescimento e desenvolvimento saudáveis durante a infância depende de complexas interações entre fatores biológicos e experiências ambientais, onde se incluem os múltiplos domínios desenvolvimentais como os domínios físicos, cognitivos, socio-emocionais, comportamentais, da linguagem e competências de aprendizagem (Cain, 2024). A maior parte dos comportamentos associados ao crescimento e peso saudáveis, como a dieta, atividade física e sono, são adquiridos nos primeiros anos de vida da criança, sendo a família o principal influenciador dos mesmos. O primeiro ano de vida demonstra-se como um período crítico para a abordagem dos fatores de risco relacionados com o desenvolvimento saudável (Antunes et al., 2021; Gago et al., 2022b; OMS & UNICEF, 2021). A alimentação é um dos principais pilares da infância, que constitui um período crucial para o crescimento e desenvolvimento neurocognitivo, caracterizado por necessidades nutricionais exigentes (Antunes et al., 2021).

A evidência é perentória na identificação do leite materno como o alimento ideal para o pequeno lactente (DGS, 2019a; Lutter et al., 2021; OMS, 2021; Schwab, 2024; Whipps et al., 2022), sendo recomendado o aleitamento materno (AM) exclusivo até aos seis meses de vida (Fewtrell et al., 2017; OMS, 2021) ou em complementaridade até aos 23 meses (OMS, 2023b). Para além disso, o leite materno contém micronutrientes bio disponíveis em quantidades e com características que permitem a sua fácil digestão e absorção, oferece vastas propriedades imunológicas à criança e tem um efeito analgésico durante procedimentos dolorosos ao Recém-Nascido (RN) (Schwab, 2024). O AM tem inúmeros benefícios, quer para a mãe, quer para a criança, destacando-se a elevada proteção contra infeções gastrointestinais e respiratórias, diminuindo as hospitalizações por estas causadas, bem como o facto de ser uma fonte crítica de energia e nutrientes quando a criança está doente (OMS, 2021; Schwab, 2024). Os processos digestivos do RN são muito imaturos, no entanto as propriedades do leite materno compensam a diminuição de atividade enzimática nos primeiros meses de vida (Cain, 2024). Verifica-se ainda que o AM facilita o estabelecimento de um vínculo emocional forte e duradouro, entre mãe e filho, é seguro, económico e conveniente, melhora o QI, a frequência escolar e está associado a um aumento de rendimentos na vida adulta (DGS, 2019; OMS, 2021; Schwab, 2024). A amamentação está também associada a uma diminuição na incidência de Diabetes *Mellitus* tipo 2 e de obesidade (OMS, 2021; Papoutsou et al., 2018; Schwab, 2024) quer devido aos seus componentes nutricionais, quer ao facto de a amamentação encorajar a autorregulação e evitar a alimentação excessiva (Cheng et al., 2020; Papoutsou et al., 2018).

Desde modo, urge a implementação de ações que ajudem a proteger, promover e apoiar o AM, como a adoção de políticas promotoras e protetoras da amamentação, nomeadamente o alargamento da licença de maternidade, a implementação do preconizado na iniciativa “Hospitais Amigos dos Bebés”, nomeadamente a amamentação consoante sinais de fome, a não oferta de outro tipo de alimento ou líquido a não ser medicamente necessário e, acima de tudo, a provisão de serviços de saúde de apoio nas consultas de vigilância de saúde infantil (OMS, 2021).

Contudo, quando o leite materno é insuficiente ou inexistente, as fórmulas infantis devem ser utilizadas como complemento ou em sua substituição (DGS, 2019a). No

entanto, a alimentação com leite adaptado pode acelerar o crescimento, uma vez que a sua composição proteica varia do leite materno e porque não é o lactente quem controla a quantidade que ingere (Cheng et al., 2020).

Para que o processo de alimentação decorra em segurança e se associem comportamentos alimentares saudáveis para a vida, importa respeitar o padrão maturativo de cada lactente, mas também, conhecer e respeitar as “janelas de treino” (DGS, 2019a). A DA consiste no processo de providenciar alimentos em adição ao leite materno ou adaptado quando estes já não atingem as necessidades nutricionais da criança (OMS, 2023b). Os pilares da DA, segundo a OMS (2023) consistem: (a) na manutenção do AM ou em crianças não amamentadas na ingestão de leite adaptado; (b) no início atempado da DA; (c) na oferta de uma dieta variada; (d) na evicção de alimentos não saudáveis e (e) na alimentação responsiva. Deste modo, a DA deve ter início entre os 4 e os 6 meses de vida, quando se verifica que o trato gastrointestinal já não é tão imaturo como até então, sendo capaz de processar nutrientes mais complexos e é menos sensível a alimentos potencialmente alergénios (Cain, 2024; DGS, 2019; Fewtrell et al., 2017; OMS, 2023). É tipicamente nesta altura que a criança demonstra sinais de prontidão como: o início da erupção dentária que se demonstra facilitadora do processo de mastigação e de mordedura; o reflexo de extrusão da língua já terá desaparecido e a deglutição estará mais coordenada; verifica-se um maior controlo da cabeça, o que permite que o lactente se sente, ainda que com apoio e que possam comunicar, através de gestos com a cabeça, a falta de interesse na comida; pegam voluntariamente nos objetos, bem como, já têm maior coordenação olho-mão; verifica-se uma maior necessidade de independência e de desejo de “ajudar” durante a alimentação (Cain, 2024). Quando a DA é protelada, o lactente incorre num risco superior de progressão ponderal lenta, de atraso no desenvolvimento motor e mental, de fadiga neurológica e mental e de défice de macro e micronutrientes (Utami et al., 2020), mas também, uma maior probabilidade de apresentar excesso de peso e obesidade mais tarde na infância (Papoutsou et al., 2018). Para além disso, pode levar a um défice de ferro e aumentar o risco de alergias alimentares (OMS, 2023b). A introdução de outros alimentos que não o leite antes dos 4 meses de vida aumenta a possibilidade de desenvolvimento de doenças gastrointestinais ou até morte (em casos condições de salubridade precárias) (OMS, 2023b).

Os hábitos e preferências que se adquirem durante a infância tendem a persistir até à idade adulta e, como tal, a DA consiste numa janela de oportunidade para o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis e variados (Spurlock et al., 2023), bem como facilita a aceitação de novos alimentos (OMS, 2023b). Como tal, a DA até aos doze meses de idade da criança consiste primordialmente na aquisição de experiências ao nível do sabor e da mastigação e não necessariamente de aumento ponderal, uma vez que o maior aporte calórico advém do consumo de leite humano ou adaptado (Cain, 2024; DGS, 2019a; OMS, 2023b). É também um período de aprendizagem, com rápidos avanços no desenvolvimento motor orofaríngeo (Koletzko et al., 2018).

As crianças devem consumir uma grande variedade de alimentos de forma a garantir que as suas necessidades nutricionais são atingidas, facilitando a sua exposição a diferentes sabores e texturas (OMS, 2023b). Esta exposição será fundamental para o desenvolvimento de preferências alimentares, expectativas, aceitabilidade e consumo alimentar (Lipsky et al., 2023). Desta forma, a DA deve iniciar-se com alimentos em puré, esmagados e semi-sólidos e ir progredindo para alimentos mais sólidos ou "*finger foods*" (Lutter et al., 2021). Segundo Fewtrell e colaboradores (2017), esta progressão deverá acontecer entre os 9 e 10 meses de vida, uma vez que a falha em fazê-lo se associa a dificuldades na alimentação e na redução do consumo de importantes grupos alimentares como frutas e vegetais, mais tarde na vida. Nesta idade, a criança já deve ser capaz de se alimentar sozinha e beber por um copo, utilizando ambas as mãos (Fewtrell et al., 2017). Não é recomendado que se atrase a introdução de alimentos potencialmente alergénicos, uma vez que a reação alérgica aos alimentos não está relacionada com a idade de introdução dos mesmos (Fewtrell et al., 2017). A DGS (2019a) apresenta uma sugestão de introdução de novos alimentos desde os 4 meses até ao primeiro ano de vida, adaptada à realidade portuguesa, no sentido de facilitar o processo de DA, uma vez que este pode ser uma fase causadora de *stress* nos pais que requerem informações que possibilitem dar respostas às necessidades alimentares da criança (Spurlock et al., 2023).

O consumo de alimentos e bebidas não saudáveis, comumente referidos como ultraprocessados, que contém uma elevada quantidade de açúcares livres, sal e gorduras saturadas e polissaturadas têm vindo a aumentar exponencialmente (OMS, 2023b). No primeiro ano de vida, o consumo de açúcar adicionado está totalmente contraindicado (DGS, 2019a; Fewtrell et al., 2017), sendo considerado não-nutritivo (Murray, 2017).

Segundo Mis e colaboradores (2017), as bebidas açucaradas/açúcares livres aumentam o risco de obesidade/excesso de peso e de cáries dentárias. Podem resultar numa oferta nutricional pobre e numa redução da diversidade alimentar, podendo estar associados ao aumento do risco de diabetes *mellitus* tipo 2, risco cardiovascular e outros problemas de saúde. Para além disso, estes alimentos substituem a ingestão de alimentos saudáveis que contêm vitaminas e minerais essenciais necessários para o crescimento e desenvolvimento saudáveis (Lutter et al., 2021). No entanto, os lactentes têm uma preferência inata para os sabores doces e salgados, que se apresentava como uma característica vantajosa em tempos de grande necessidade energética e de minerais, mas que, atualmente se apresenta como uma desvantagem em ambientes obesogénicos (Fewtrell et al., 2017). A relação com o sabor doce inicia-se antes do nascimento e continua a evoluir durante a DA, sendo particularmente importante durante a amamentação, uma vez que o sabor doce do leite materno encoraja o seu consumo e ajuda a acalmar o bebé (Murray, 2017). Para além disso, os lactentes demonstram um desagrado inato para o sabor amargo. A evidência demonstra que, apesar disto, esta predisposição pode ser modificada, desde que exista uma exposição precoce e continuada de alimentos variados. Assim se demonstra a importância da DA para a otimização dos hábitos alimentares saudáveis, uma vez que, o consumo ótimo de vegetais durante este período aumenta a ingestão de vegetais até seis anos mais tarde (Fewtrell et al., 2017; Lutter et al., 2021). Não é recomendado, de igual modo, o consumo de mel nos primeiros doze meses de vida, pelo risco de botulismo infantil. O consumo excessivo de alimentos energeticamente densos, durante a DA, pode induzir um ganho ponderal excessivo na infância que, por sua vez, está associado a um maior risco de obesidade na idade pré-escolar e escolar (Fewtrell et al., 2017). No primeiro ano de vida, não deve ser adicionado sal na preparação e confeção dos alimentos (Direção-Geral da Saúde, 2019a; Fewtrell et al., 2017).

Existem diversos métodos para alimentar as crianças. No método tradicional, os pais alimentam as crianças à colher, tipicamente com alimentos em purés, com gradual exposição a texturas e sabores mais variados ao longo do tempo até serem introduzidos na alimentação familiar (Fernandes et al., 2023). Uma alternativa a este método é o "*Baby Led Weaning*" (BLW), que consiste na oferta de comida cortada em tamanho e formato que a criança consiga agarrar, em vez de ser alimentado, pelos pais, à colher, sendo a

criança a determinar o que come, quando e a que ritmo. É fulcral neste método que a criança partilhe a alimentação da família, adaptada ao seu desenvolvimento e que partilhe a mesa com os membros familiares. Esta abordagem aumenta o controlo da criança sobre o que ingere, quantidades e ritmos e encoraja uma parentalidade mais responsiva (Fernandes et al., 2023; Fewtrell et al., 2017). O método escolhido para alimentar as crianças providencia uma excelente oportunidade para uma interação recíproca intensiva entre progenitor e criança, através da escuta e comunicação e da interpretação dos sinais que vão sendo transmitidos (Koletzko et al., 2018).

A alimentação responsiva é a prática de incentivar as crianças a comer autonomamente em resposta às suas necessidades fisiológicas, incentivando a autorregulação e apoiando o desenvolvimento cognitivo, emocional e social (Pérez-Escamilla et al., 2021). Nesta perspetiva, o cuidador reconhece e responde apropriadamente aos sinais de fome da criança, enquanto nas práticas alimentares não-responsivas os cuidadores são demasiado controladores e coercivos, não respondendo a esses sinais, o que, por sua vez, subestima a capacidade de auto-regulação do consumo energético da criança e aumenta o risco de vir a desenvolver excesso de peso ou obesidade (Fernandes et al., 2023). Esta vertente vai ao encontro da teoria do desenvolvimento psicossocial de Eriksson, que atesta que a primeira fase (do nascimento ao primeiro ano de vida) se relaciona com a confiança/desconfiança. Desta forma, a consistência e resposta dos cuidadores e do ambiente em que o lactente se insere são críticos durante esta fase. Os lactentes "confiam" que as suas necessidades de alimentação, conforto, estimulação e cuidados serão correspondidas (Cain, 2024).

Os pais desempenham um importantíssimo papel no processo de DA, uma vez que controlam o momento e o conteúdo da dieta, bem como, a forma através da qual a criança é alimentada, estabelecendo regras e expectativas e sendo um modelo a seguir (Fewtrell et al., 2017). Não obstante, a forma como os alimentos são oferecidos ao lactente e a interação entre os pais e criança durante a DA pode influenciar os resultados esperados, nomeadamente a nível de preferências alimentares e de regulação do apetite (Fewtrell et al., 2017). No fim do primeiro ano de vida, a criança é inserida na dieta familiar, o que denota a importância que os hábitos alimentares do agregado familiar têm na estruturação/modelação e na sedimentação do comportamento (DGS, 2019a). Assim, alimentar é mais do que garantir um consumo adequado de nutrientes. As refeições são

eventos culturais e sociais durante os quais as crianças observam, imitam, aprendem sobre as suas preferências alimentares e que formam hábitos e práticas alimentares que se mantêm ao longo da vida (Lutter et al., 2021). Durante a refeição, a criança deve estar sentada à mesa, em família, não sendo recomendada a utilização de aparelhos eletrónicos, pela sua correlação negativa ao desenvolvimento de capacidades físicas e cognitivas e pela sua correlação positiva a obesidade, problemas de sono, depressão e ansiedade (Pietrobelli et al., 2017). Importa que se considere, igualmente, o impacto da cultura na alimentação e que os profissionais de saúde prestem cuidados culturalmente sensíveis, utilizando recursos apropriados para tal (Cheng et al., 2020). Mais ainda, o padrão alimentar das crianças e suas famílias é influenciado por fatores socioculturais como o custo e disponibilidade de alimentos, publicidade alimentar, fatores sensoriais que interferem com o apetite e fatores psicológicos como as crenças e valores da família (Antunes et al., 2020). Assim, o enfermeiro tem um papel privilegiado para iniciar e dar suporte à prevenção da obesidade e às estratégias de tratamento. A evidência sustenta que o conhecimento dos pais, sobre nutrição, tende a melhorar após intervenções de educação para a saúde e aconselhamento (Cheng et al., 2021).

2.2. Envolvimento da família na promoção da alimentação saudável da criança

O excesso de peso ou obesidade adquiridos nos primeiros anos de vida tendem a permanecer até à idade adulta. Segundo Gago e colaboradores (2022b) uma forma de quebrar esse ciclo consiste na aposta em estratégias de promoção da saúde centradas na família e no cliente (Gago et al., 2022a). A DGS (2013) reitera que o aumento dos conhecimentos e de motivação das famílias, em conjunto com a melhoria das condições de vida, favorecerem o desenvolvimento do exercício da parentalidade, pelo que, compete aos profissionais de saúde a facilitação e promoção dos pais enquanto principais prestadores de cuidados dos seus filhos. A implementação, bem-sucedida, de CCF tem o potencial de beneficiar o cliente, familiares e enfermeiros, uma vez que, os CCF pressupõem o planeamento, execução e avaliação dos cuidados de saúde, fundamentados na parceria, no sentido de haver uma atmosfera de respeito mútuo, comunicação aberta e colaboração e participação no desenvolvimento, entrega e avaliação dos cuidados ao paciente, assim como, nas tomadas de decisão. Os CCF

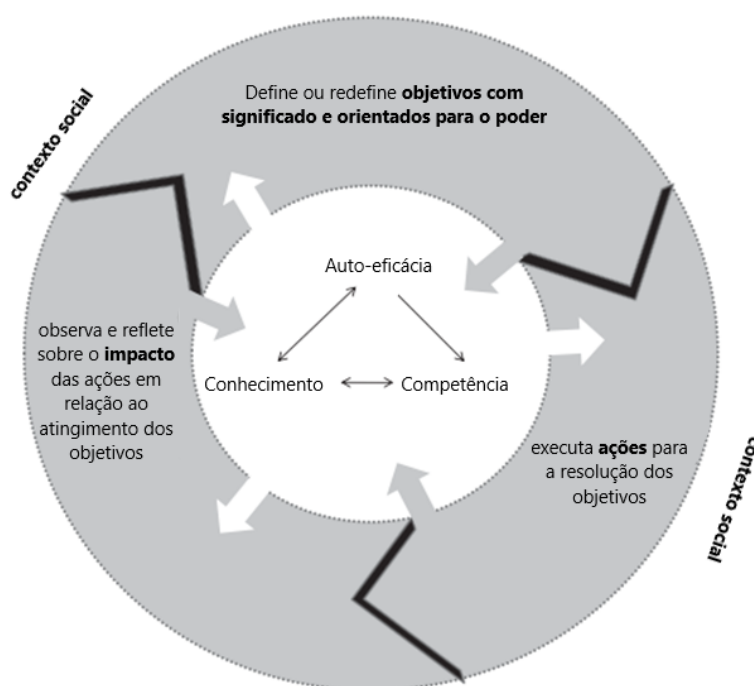
envolvem o reconhecimento e desenvolvimento das forças da família e a provisão ou mobilização de apoios e recursos para dar resposta às preocupações e prioridades da família, de forma a promover a saúde e bem-estar dos indivíduos e suas famílias (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016; Goldschmidt & Mele, 2021; Institute of Patient and Family Centered Care, n.d.; Smith, 2018). Os CCF assentam em dois conceitos pilares: a capacitação e o *empowerment*. Os profissionais de saúde capacitam as famílias através da criação de oportunidades e meios para que todos os membros da família demonstrem as suas capacidades e competências atuais e que adquiram novas que deem resposta às necessidades da criança e família (Hockenberry, 2024). Neste sentido, os cuidados não-traumáticos consistem na prestação de cuidados de enfermagem que eliminam ou minimizam o sofrimento físico ou psicológico das crianças e suas famílias no seio do sistema de saúde, nomeadamente através da preparação das crianças para os procedimentos ou da facilitação da permanência dos pais junto da criança durante a hospitalização. Esta filosofia dos cuidados assenta em três princípios chave: (1) não fazer mal, (2) promover a sensação de controlo e (3) prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor (Hockenberry, 2024). Assim, quando os pais são incluídos no planeamento dos cuidados e compreendem que são um fator contribuinte para a recuperação da criança, ficam mais inclinados a permanecer com a criança e a ter mais reservas emocionais para se apoiar a si mesmos e à criança durante crises. Um modelo de empoderamento permite que os enfermeiros se foquem nas forças dos pais e procurem formas de promover o crescimento e funcionamento da família de forma que os pais fiquem empoderados no cuidado aos seus filhos (Fox, 2024).

O *Empowerment*, segundo a OMS (2021b), consiste no processo através do qual as pessoas ganham mais controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde. Para Haddad e Toney-Buttler (2023) *empowerment* constitui um processo interpessoal que consiste no provisionamento de instrumentos, recursos e ambientes adequados para construir, desenvolver e aumentar a capacidade e efetividade de outros no sentido de definirem e atingirem os seus objetivos pessoais. O *empowerment* pode ser um processo ou um resultado, na medida em que reflete a qualidade ou a propriedade que o indivíduo possui, de forma a influenciar o seu ambiente, estando o ónus colocado nas soluções em vez de no problema (Haddad & Toney-Buttler, 2023). Para Cattaneo e

Chapman (2010) *empowerment* é um processo iterativo, no qual um indivíduo, que não tem poder, define uma meta com significado pessoal, orientada no sentido de aumentar o seu poder, aplicando ações que vão ao encontro desse mesmo objetivo. O indivíduo observa e reflete sobre o impacto dessas ações, tendo por base a sua autoeficácia, os seus conhecimentos e as suas competências relativas ao objetivo. Para Borges Rodrigues (2022) o Modelo de Processo de *Empowerment* destas autoras pode constituir um modelo orientador para os enfermeiros na promoção da saúde das crianças e suas famílias. Este Modelo destaca a influência do contexto social em todos os componentes deste processo, interligando-os entre si, salientando que um indivíduo pode percorrer os componentes repetidamente, consoante o objetivo particular e seus objetivos associados, fazendo reavaliações à medida que a experiência vai promovendo a reflexão, enfatizando, assim, que o processo de *empowerment* não é linear (Figura 1.) (Cattaneo & Chapman, 2010).

Figura 1.

Modelo de Processo de Empowerment



Nota. Tradução do esquema do Modelo de Processo de empowerment de Cattaneo, L & Chapman, A. (2010) The Process of Empowerment: a Model for use in research and Practice. *American Psychologist* 65(7), 646-659.

O resultado bem-sucedido consiste no aumento do poder que o indivíduo/família obtém através dos seus próprios esforços. O processo de *empowerment* é despoletado

pela identificação de objetivos, sendo a autoeficácia o elemento central do processo de *empowerment*, evidenciando uma forte relação entre a autoeficácia e a motivação, uma vez que estes irão incentivar o indivíduo a identificar um curso de ação, que se inicia com o conhecimento, isto é, com a compreensão do contexto social, as dinâmicas de poder em vigor, das formas possíveis para atingir os objetivos e dos recursos necessários para tal. Posto isto, importa que o indivíduo/família compreenda o seu nível de competência real (em oposição às competências percebidas) relevante para a tarefa em causa. Adquirir novas competências para realizar uma tarefa aumenta a autoeficácia e promove a ação, e, por outro lado, a experiência adquirida com a ação aprimora as habilidades, o que, por sua vez, influencia a autoeficácia e a ação, levando a um maior conhecimento de forças, fraquezas, obstáculos e oportunidades. Compete ao profissional de saúde, facilitar este processo, ajudar a identificar obstáculos e, assim, apoiar o processo de *empowerment* da pessoa (Cattaneo & Chapman, 2010).

Nos seus estudos, Gago e colaboradores (2023) identificaram que o processo de *empowerment* parental é preditivo de práticas parentais mais saudáveis, exaltando que a sensação de controlo e a capacidade de agir de forma saudável perante as situações por parte dos pais deve ser promovida como uma forma de aumentar estas práticas. Desta forma, o *empowerment* parental pode ser definido como o processo através do qual os pais são capazes de aumentar o controlo que detêm sobre as decisões e ações que afetam a saúde dos seus filhos (Ashcraft et al., 2019). Deriva de três domínios centrais de uma parentalidade positiva: crença parental (auto-eficácia); competência (como o conhecimento sobre a saúde da criança) e comportamento (por exemplo, as ações realizadas para promover a saúde da criança) (Gago et al., 2022a). Como tal, este processo pressupõe: (a) interações entre os pais e os profissionais de saúde que promovam a comunicação, a confiança, a partilha das tomadas de decisão e a partilha de objetivos; (b) alinhamento dos cuidados, que compreende o acesso e participação em serviços (por exemplo, médicos e comunitários) que se alinham com as necessidades dos pais e da criança, como a possibilidade de prestação de cuidados domiciliários; e (c) Competências e apoio cognitivo/emocional, que compreende a partilha de informação, o apoio emocional, o apoio dos pares, bem como, a construção de novos papéis parentais, a adaptação às transições e a construção de mecanismos de *coping* (Ashcraft et al., 2019).

Verificando-se os aspetos anteriores verificar-se-á nos pais: 1) a capacidade de advogar pela criança e família; 2) o *empowerment* de pares; 3) o envolvimento nas decisões de saúde; 4) necessidades e ferramentas informativas melhoradas, através da procura ativa de informação, apoio e recursos; 5) envolvimento nas tomadas de decisão, ou seja, um aumento da crença na capacidade dos pais de adquirir as competências necessárias ao cuidado dos seus filhos e na capacidade de atingir mestria e 6) a melhoria da gestão de sintomas, através de maiores níveis de conhecimento e, portanto, uma diminuição da exposição a fatores de risco (Ashcraft et al., 2019).

A Carta de Ottawa (1986), destaca a alimentação como uma condição e recurso fundamental para a saúde, sendo através de ações de promoção da saúde que se atingem resultados favoráveis neste âmbito, nomeadamente através da advocacia para a saúde, capacitação dos indivíduos para que atinjam o seu total potencial de saúde e da mediação entre os diferentes interesses da sociedade, na procura da saúde. Segundo a OMS (2021b), a promoção da saúde é o processo de capacitar as pessoas, a nível individual e coletivo, para aumentar o controlo sobre os determinantes de saúde e, assim, melhorar a sua saúde. Inclui as ações destinadas a reforçar competências e capacidades dos indivíduos, mas também ações direcionadas à mudança dos determinantes sociais, ambientais e económicos da saúde, de forma a otimizar o seu impacto positivo na saúde pública e pessoal. A literacia em saúde relaciona-se diretamente com o desenvolvimento das capacidades e competências, na medida em que, é uma estratégia que permite aumentar a sua capacidade para procurarem informação e assumirem a responsabilidade sobre o seu processo de saúde (DGS, 2019b). Implica conhecimentos, motivação e competências para que os indivíduos possam compreender e aplicar a informação em saúde, no sentido de tomar decisões sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para que possam manter ou melhorar a qualidade de vida (DGS, 2019b).

2.3. Cuidados de enfermagem facilitadores das transições

O primeiro ano de vida corresponde a um período de grandes e numerosas mudanças. Especificamente, no que à alimentação concerne, a criança e família vivenciam diversas mudanças, que requerem conhecimentos, habilidades e competências, podendo ser fonte de *stress* parental (Koletzko et al., 2018; OMS, 2023b; Spurlock et al., 2023).

Segundo a Teoria das Transições de Afaf Meleis, as transições resultam de uma alteração na vida, saúde, relações e nos ambientes das pessoas (Meleis et al., 2000). A experiência da transição inicia-se assim que o evento ou a mudança é antecipada. Transição define-se como a passagem de um estado de relativa estabilidade para outro estado de relativa estabilidade. As transições podem ser complexas e multidimensionais e de diferentes tipos: (a) **situacional** (quando ocorre um evento que exige uma definição ou redefinição de papéis, como o nascimento ou a morte de um familiar, entre outros); (b) **desenvolvimental** (associada a eventos relacionados com desenvolvimento – individual ou familiar – como a passagem pela infância, adolescência, e assim sucessivamente); (c) **saúde/doença** (alteração de papel que resulta de uma alteração na condição de saúde, quer seja a passagem de um estado saudável para a vivência de uma doença crónica ou até o agravamento do estado de saúde) e (d) **organizacional** (relacionado com transições nos ambientes em que as pessoas se inserem, resultando de mudanças na esfera social, económica ou política) (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000). A vivência de uma transição envolve a consciência de que a mesma está a acontecer e requer a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da mesma; o envolvimento que a pessoa demonstra ao longo do processo (por exemplo, procurar mais informação, preparação para os acontecimentos, entre outros); mudança e diferença, uma vez que toda a transição envolve uma mudança, mas nem todas as mudanças são uma transição e o reconhecimento de que a realidade difere da expectativa ou que a situação atual é diferente da anterior; um intervalo temporal ("*time span*"), pois todas as transições são caracterizadas por um fluxo e movimento de tempo; pontos ou eventos críticos, como eventos gerados de mudança, designadamente morte, nascimento, entre outros. As transições podem ser únicas, múltiplas, sequenciais ou simultâneas e, podem ou não, estar relacionadas entre si (Meleis et al., 2000).

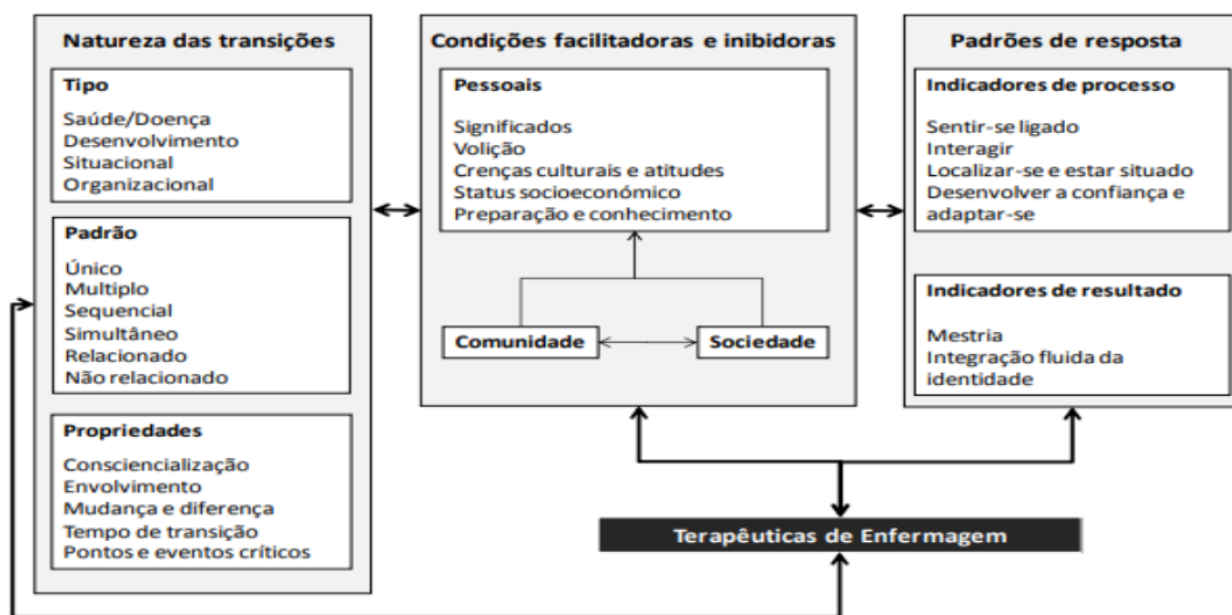
Existem fatores, durante o processo de transição, que podem ser facilitadores ou inibidores da mesma, sendo fundamental que o enfermeiro os compreenda. Podem ser fatores pessoais, da comunidade ou da sociedade (Meleis, 2010). Para além disso, uma transição saudável caracteriza-se por indicadores de processo e de resultado. Os primeiros incluem o sentir-se conectado, a interação, o desenvolvimento de confiança e de mecanismos de *coping* e são fundamentais pois permitem a avaliação pelos enfermeiros se os clientes se direcionam no sentido da saúde ou se, por outro lado, no

sentido da vulnerabilidade e do risco (Meleis et al., 2000). Os indicadores de resultado, são a mestria (desenvolvimento de competências para lidar com as situações), o bem-estar subjetivo e a integração fluida da identidade (reformulação da identidade) (Meleis 2010; Meleis et al., 2000). A representação desta teoria encontra-se na Figura 2. para consulta.

Os enfermeiros são frequentemente os principais cuidadores dos clientes e suas famílias quando vivenciam uma transição e, como tal, as terapêuticas de enfermagem destinam-se a promover os resultados de saúde, incorporando dimensões subjetivas, comportamentais e interpessoais. São exemplos de terapêuticas de enfermagem a avaliação da preparação, a preparação para a transição, através das educação, preparação e implementação de novas habilidades e o *Role supplementation* que surge na forma de clarificação de papel e de *role taking*, através do treino de papel e de modelagem de papel, quando o cliente ou família expressa dificuldade no reconhecimento ou no desempenho do papel (percebido pelo próprio como significativo), através de comportamentos e sentimentos de incapacidade de resposta às obrigações/expectativas (insuficiência de papel) (Meleis, 2010).

Figura 2.

Esquemática da Teoria das Transições



Nota. Tradução da esquematização da Teoria das Transições de Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*, 23(1), 12-2

Assim, pode dizer-se que com o nascimento de um bebé, a família inicia o processo de transição. À medida que a criança vai crescendo, esta vai sofrer diversas alterações, requerendo da família a aquisição de novos conhecimentos, de novas habilidades, o desenvolvimento de novas competências no sentido de conseguir dar resposta às novas mudanças que vão surgindo e assim demonstrarem mestria no novo papel. No que se relaciona com a alimentação são diversas as mudanças e decisões que os pais enfrentam, surgindo muitas vezes percalços e dificuldades. A atuação dos enfermeiros que contactam com a família, numa abordagem de *empowerment* podem demonstrar-se facilitadora da conclusão saudável da transição. Por exemplo, aquando da transmissão de informações antecipatórias preconizadas nas consultas de vigilância infantil sobre a DA, o enfermeiro empodera os pais enquanto facilita a transição que se avizinha. De igual modo, durante a hospitalização, ao transmitir conhecimentos ou ao facilitar o treino de habilidades, o enfermeiro utiliza as terapêuticas de enfermagem com o intuito de auxiliar a que a criança e família façam uma transição saúde/doença saudável.

3. Objetivos Gerais e Específicos

Na elaboração deste projeto delineei os seguintes objetivos:

1. Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no cuidado à criança, jovem e família, nos processos saúde/doença e nos diferentes contextos de saúde.
 - 1.1. Conhecer o contributo do EEESIP na dinâmica do serviço e na gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
 - 1.2. Aprofundar conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil;
 - 1.3. Avaliar o desenvolvimento da criança e do jovem;
 - 1.4. Prestar cuidados de enfermagem centrados na criança e família adequados ao contexto;
 - 1.5. Prestar cuidados centrados na família que sejam promotores da vinculação e desenvolvimento do Recém-Nascido.

2. Desenvolver competências no âmbito do *empowerment* parental para a promoção da alimentação saudável, no primeiro ano de vida da criança.
 - 2.1. Identificar necessidades e dificuldades da equipa de enfermagem na promoção da alimentação saudável no 1º ano de vida da criança;
 - 2.2. Empoderar a família para a promoção da alimentação saudável através de educação para a saúde;
 - 2.3. Encaminhar a criança/jovem com excesso de peso/obesidade para cuidados especializados;
 - 2.4. Planear um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem sobre a oferta de alimentos no Serviço de Urgência Pediátrica.

4. Metodologia

A metodologia utilizada para a realização deste relatório é a metodologia de projeto, sustentada na formação reflexiva e na aprendizagem experiencial decorrente da realização de estágios, em diversos contextos da prática de enfermagem especializada à criança/jovem e família. A metodologia de projeto tem como objetivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real. A metodologia constitui-se, assim, como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática. O projeto é um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar. Este processo não se baseia apenas numa investigação sustentada em determinado problema, mas sim na tentativa de intervenção, baseada em alicerces fundamentais, para a resolução eficaz desse mesmo problema (Ferrito et al., 2010). Compreende uma série de etapas que se inicia com a realização de um diagnóstico da situação, e que neste caso, realizei um autodiagnóstico das competências a adquirir (apêndice II). De seguida, definem-se os objetivos gerais e específicos e planeiam-se as atividades a desenvolver (ver apêndice III). Inclui, também, a execução e avaliação do projeto e, por fim, a divulgação dos resultados (Ferrito et al., 2010).

O profissional competente é aquele que é capaz de, não só, atuar de forma pertinente numa determinada situação, mas também de compreender o porquê e o como agir. Para tal, é necessário um certo distanciamento para que possa melhorar as suas práticas profissionais, através da prática da reflexão (Le Boterf, 2006). A competência manifesta uma atuação adequada a determinada situação e existem diferentes tipos de competência, como a competência cognitiva, que implica a identificação de necessidades do cliente, a análise e interpretação da informação recolhida, a planificação das atividades de acordo com as prioridades de cada situação, a justificação das intervenções e a avaliação da situação clínica. Outro tipo de competência é a competência técnica que implica efetuar corretamente os procedimentos, possuir destreza manual, entre outros. E, por fim, a competência comunicacional que envolve o saber ouvir, comunicar de forma adequada à pessoa, a realização de ensinamentos oportunos, o registo da informação e estabelecer uma relação de ajuda, entre outros (Alarcão & Rua, 2005).

O pensamento reflexivo tem início com um questionamento, perplexidade e dificuldade, desencadeando um processo mental, com pesquisa associada e auscultação, no sentido de dar resposta e esclarecer a perplexidade (Peixoto & Peixoto, 2016). A reflexão permite melhorar a aprendizagem, na medida em que a prática reflexiva oferece instrumentos que aumentam a capacidade dos enfermeiros de compreender a sua própria prática, dando significado às suas experiências e auxiliando-os a perspetivar os padrões da sua prática (Patel & Metersky, 2022). Assim, a prática reflexiva inicia-se quando os seus praticantes são capazes de problematizar a sua prática e, conseqüentemente, adquirem novos conhecimentos, habilidades e atitudes a que a prática assim obriga (Peixoto & Peixoto, 2016). Para Schön (1991), a prática demonstra-se como um espaço de desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas, num contexto de tensões entre a racionalidade técnica e a racionalidade prática. Ao tentar compreender os fundamentos da ação e o seu contexto, o profissional está a refletir na ação. Por outro lado, se o profissional incidir a sua reflexão sobre situações passadas, de forma retrospectiva, está a refletir sobre a ação. Esta reflexão implica uma recontextualização das ações e uma recomposição dos espaços, tempos e intervenientes, assim como os resultados que produziu. Quando o profissional aprecia a forma como se compreendeu a ação, está a refletir sobre a reflexão na ação, que se demonstra fulcral na integração da informação e a criação de formas alternativas para situações similares. A experiência adquirida deverá ser transformada em conceitos e estes guiarão novas experiências. Deste modo, refletir sobre a experiência e interpretá-la é fulcral pois a sua conceptualização permite a atribuição de um significado (Alarcão, 2001). Segundo Kolb (1984) a aprendizagem é o processo e não o resultado da aquisição de conhecimento através da transformação da experiência.

Assim, importa que se invista na formação continuada, no sentido de haver um maior desenvolvimento profissional através da integração da descrição detalhada da natureza dos cuidados de enfermagem, bem como na área de atuação profissional, para que se assegure a prestação de cuidados de qualidade (OE, 2017). Para existir aprendizagem pela experiência, que derive da formação, é necessária uma intencionalidade por parte dos enfermeiros (Serrano et al., 2011).

5. Análise e Reflexão das Atividades Desenvolvidas em Estágio para a Aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

A realização do MESIP impõe a aquisição de competências comuns de EE, de EEESIP, bem como de Mestre. Segundo a OE (2017), o espaço de intervenção do EEESIP é vasto, uma vez que este tem as competências e capacidades para atuar em qualquer contexto onde se encontrem crianças e jovens que necessitem de cuidados, no sentido de promover a saúde e prevenir complicações. O regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde da criança e do Jovem (2017) enfatizam que

O enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível (OE, 2017, p.3).

O meu percurso de estágio iniciou numa **consulta de desenvolvimento**, de seguida, estagiei em contexto de Cuidados de Saúde Primários (**CSP**), numa Unidade de Saúde Familiar (USF) modelo A. Os estágios subsequentes decorreram em contexto hospitalar e tiveram lugar num Serviço de Internamento de Pediatria (**SIP**), numa Unidade Cuidados Intensivos Neonatais (**UCIN**) e, por fim, num Serviço de Urgência Pediátrica (**SUP**). Transversalmente a todos os contextos de estágio realizei reuniões com o enfermeiro gestor e orientador, com o intuito de me apresentar, apresentar o meu projeto, discutir atividades, de forma a adequar as mesmas ao contexto de estágio e colher dados que me permitissem fazer uma caracterização do local de estágio, bem como apurar as necessidades formativas dos profissionais/população ou de recursos para os clientes/profissionais. A caracterização dos locais de estágio encontra-se em apêndice para consulta (Apêndice IV) e a análise crítica e reflexiva sobre as atividades realizadas durante os estágios que permitiram a aquisição de competências de EE, de EEESIP e de Mestre, encontram-se explanadas nos subcapítulos seguintes.

5.1. Competências comuns de enfermeiro especialista

Consideram-se competências comuns as competências partilhadas por todos os EE, que são demonstradas através da elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como, a nível de formação, investigação e assessoria. As competências comuns do EE compreendem competências: (a) dos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, em que o EE deve demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, assentando num corpo de conhecimento do domínio ético-deontológico, na avaliação das melhores práticas e nas preferências do cliente, bem como uma prática de cuidados respeitadora dos direitos humanos e responsabilidades profissionais; (b) da melhoria contínua da qualidade, ou seja, a colaboração na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade, na disseminação necessária desde a sua apropriação até à sua operacionalização. Engloba a avaliação das práticas e eventual revisão das mesmas e implementação de programas de melhoria contínua, bem como a garantia de um ambiente terapêutico e seguro; (c) da gestão dos cuidados, ou seja, o EE gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa e articulando com a equipa de saúde, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações; e (d) do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que envolve a capacidade de autoconhecimento do EE, bem como a fundamentação dos processos de tomada de decisão e intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente (Regulamento n.º 140/ 2019).

De seguida, apresentam-se as atividades de realizadas nos diferentes estágios que permitiram adquirir as competências comuns de EE.

a) Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Tal como versa na Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), todas as decisões que se relacionam com as crianças deverão ter em vista o seu superior interesse e os seus direitos aplicam-se na sua totalidade, sem exceções. E assim, deve ser garantido à criança a proteção e cuidados necessários para o seu bem-estar, considerando os direitos e deveres dos pais ou representantes legais (UNICEF, 1989). A criança, enquanto ser vulnerável, é dependente dos cuidados da família, que deve suprimir as suas necessidades com vista ao crescimento e desenvolvimento saudável, dotando-a de

competências e conhecimentos que permitam um crescendo de independência até que seja autónoma (OE, 2017). Como tal, os direitos das crianças devem ser salvaguardados e estas devem ser protegidas de qualquer forma de abuso (OE, 2015b). A Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada (2017), em concordância, acrescenta que as agressões físicas ou emocionais, assim como a dor, deverão ser reduzidas ao mínimo (Instituto de Apoio à Criança [(IAC)], 2017), pelo que é inerente aos cuidados de enfermagem o dever de ajudar o outro a obter algo em seu benefício (princípio da beneficência) e o dever de não causar dano (princípio da não maleficência). O enfermeiro deve respeitar a autonomia do seu cliente, respeitando a liberdade de ação de cada um (OE, 2015b). A criança e sua família tem direito a expressar a sua opinião, devendo receber informação de forma adaptada à sua idade e compreensão (IAC, 2017, 2021; OE, 2017). De igual modo, esta tem direito ao sigilo, à sua intimidade e à confidencialidade (OE, 2015b). Assim, o enfermeiro é responsável pela humanização dos cuidados, devendo considerar a pessoa como um todo, inserida numa família e comunidade (IAC, 2021; OE, 2015b). A minha prestação de cuidados de enfermagem, bem como a prestação de cuidados que observei durante os estágios, foi sempre assente nestes princípios. A confidencialidade das crianças e famílias foi sempre mantida em todos os trabalhos académicos realizados, assim como todas as intervenções realizadas foram devidamente explicadas e foi solicitado o consentimento e assentimento das famílias e das crianças. Por exemplo, previamente à realização de procedimentos dolorosos foi explicado o procedimento à criança/família, atendendo à fase de desenvolvimento da criança e suas preferências e foram selecionados métodos não farmacológicos de controlo da dor em parceria com a criança e família (por exemplo, visualização de vídeos, música preferida). A prestação de CCF, inclui o respeito e a promoção dos direitos das crianças, algo que fiz durante os estágios, reflexo também de um dos conceitos principais deste relatório – o *empowerment* parental. Destaco a realização de consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil em contexto de **CSP** em que dava especial atenção às dúvidas, preocupações e expectativas da criança/família para depois adequar a minha intervenção. De facto, segundo Borges Rodrigues (2022), a aplicação do *empowerment* parental, pelos enfermeiros nos CSP, envolve o desenvolvimento, por parte dos pais, de uma consciência crítica e avaliação da sua realidade, bem como, a compreensão da situação de saúde dos

seus filhos e de hábitos menos adequados para a sua família de forma a permitir escolhas conscientes.

Durante os estágios fui procurando obter informações sobre a população que recorre aos diferentes locais de estágio, suas particularidades e suas necessidades de saúde, de forma a adequar as minhas atividades, indo assim ao encontro do explanado no código deontológico de enfermagem (OE, 2015b) que refere que o enfermeiro deve ser responsável pela promoção de saúde da comunidade, dando resposta às necessidades da mesma, devendo procurar conhecer às necessidades da população onde está inserido e participar e orientar a mesma na procura de soluções para os problemas de saúde detetados (OE, 2015b). Sendo o meu projeto sobre a promoção dos estilos de vida saudáveis, pude contribuir para a valorização da vida e da qualidade de vida das crianças. Assim, fui adequando a tomada de decisão necessária à prestação de cuidados de saúde seguros e com qualidade aos diferentes locais e situações, tal é corroborado por (Jessee, (2021), que reitera que o pensamento e a ação de enfermagem correlacionam-se com a segurança do cliente, sendo frequentemente os enfermeiros o primeiro e último contacto dos clientes nos sistemas de saúde. Seja qual for o contexto em que se insere, as decisões tomadas durante o encontro entre enfermeiro-cliente são cruciais para os resultados para este último.

b) Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A qualidade dos cuidados de enfermagem, na área da saúde infantil e pediátrica, reporta

à relação entre os axiomas e os elementos que constituem a praxis, influenciando-se mutuamente numa co construção que evidencia o potencial dos pais ou pessoa significativa e restantes membros da família na vida da criança, responsáveis pelo seu desenvolvimento nas distintas etapas que incluem as transições normativas e acidentais, com consequente influência no seu crescimento e bem-estar (OE, 2017, p. 3).

Desta forma, no estágio na **consulta de desenvolvimento**, pude compreender o funcionamento e implementação de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE), designadamente o “Projeto de Capacitação de Pais de Crianças com Perturbação da Linguagem e Relação”, que tem como finalidade

empoderar os pais da criança com perturbação do desenvolvimento, através da transmissão de conhecimentos, da disponibilização de recursos e do treino de habilidades, por exemplo, no que concerne ao brincar, realizando sessões individuais com os pais, fornecendo informação, fundamentada em evidência científica, com linguagem adequada aos pais. A participação em duas sessões deste projeto motivou a minha reflexão pelo que realizei um jornal de aprendizagem intitulado “Capacitar para Cuidar: Capacitação Parental de Pais da Criança com Perturbação do desenvolvimento” que se encontra em apêndice para consulta (apêndice V). Nos **CSP**, identifiquei a necessidade e desejo de desenvolvimento de conhecimentos por parte dos enfermeiros sobre diferentes métodos de alimentação (nomeadamente do BLW) que me foi transmitida pela equipa de enfermagem, fruto da crescente procura e interesse da população inscrita nesta consulta de saúde infantil. Deste modo, realizei uma sessão de formação para os enfermeiros sobre a promoção da alimentação infantil, com enfoque na intervenção dos enfermeiros de CSP (Apêndice VI), onde incluí informação sobre os diferentes métodos de alimentação. Esta apresentação foi disponibilizada como recurso à intervenção da equipa de enfermagem e sugeri a realização de um documento informativo sobre diferentes métodos de alimentação para fornecer às famílias, durante as consultas de vigilância de saúde. No **SIP**, foi partilhado comigo, pela minha orientadora o planeamento de um PMCQCE que consiste na criação de um grupo de trabalho cujo objetivo é melhorar a alimentação das crianças, durante a hospitalização, tendo tido a oportunidade de fazer algumas sugestões, como a disponibilização de informações no monitor disponível na sala polivalente, como por exemplo, a ementa semanal, a transmissão de mensagens sobre alimentação saudável, entre outros, que foi muito bem recebida. Concomitantemente, propus-me a realizar uma das atividades planeadas por este grupo de trabalho - um folheto sobre alimentação que intitulei “Alimentação Saudável na Criança até aos 2 anos de vida” (apêndice VII). No **SUP**, após discussão com as enfermeiras gestora e orientadora, dei início a um PMCQCE (ver apêndice VIII), que visa a melhoria da oferta alimentar no SUP. Para a sua realização segui as recomendações da OE (2013b) e, para identificar o problema apliquei um questionário à equipa de enfermagem sobre a oferta alimentar no SUP, permitindo-me identificar que a oferta alimentar poderia ser melhorada, especificamente, no que concerne aos reforços/refeições secundárias. Posteriormente realizei pesquisa bibliográfica para

poder perceber o problema, delineei os objetivos, percebi as causas e comecei a planear e a executar algumas tarefas. Esta atividade demonstrou-se muito enriquecedora e permitir-me-á desenvolver o meu projeto enquanto futura enfermeira especialista.

Segundo Diogo (2019), os enfermeiros realizam intervenções que intencionalmente promovem um ambiente seguro e afetuoso, permitindo, assim, a transformação positiva da experiência emocional, das relações e do cuidar, fazendo a gestão da emocionalidade dos clientes, com vista a promover o alívio do sofrimento e aumentar o bem-estar. O ambiente proporciona uma série de estímulos à criança, que influencia e é influenciada pelo mesmo, pelo que este deve ser promotor de saúde (OE, 2001, 2017). Assim, em contexto de estágio, a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual que seja gerador de segurança e proteção das crianças, passou pela adequação da linguagem, pela brincadeira e pelo envolvimento dos pais nos cuidados, incentivando a sua participação, colaborando com eles.

c) Domínio da Gestão dos Cuidados

De acordo com a OE (2001), o exercício profissional dos enfermeiros está inserido num contexto multiprofissional e a sua tomada de decisão implica uma abordagem sistémica e metódica. O enfermeiro identifica as necessidades do cliente e prescreve intervenções de enfermagem de forma a evitar risco, detetar potenciais problemas o mais precocemente possível e resolver ou minimizar os problemas identificados. As intervenções de enfermagem podem ser interdependentes ou independentes, estando o enfermeiro responsável pela implementação das primeiras ou pela prescrição e implementação das segundas (OE, 2001). A liderança assume, assim, um importante ónus nos cuidados de enfermagem de qualidade e envolve as atividades relacionadas com a facilitação da comunicação eficaz, o fortalecimento das relações profissionais, a construção e manutenção de equipas, bem como o envolvimento dos pares (Carvalho & Lucas, 2020). Nos diversos locais de estágio pude observar diversos EEESIP na sua prestação de cuidados e contactar com diferentes estilos de liderança e, de facto, depreendo que a adaptação da liderança às situações ou ao contexto demonstra-se determinante, mas requer um certo desenvolvimento de competências e capacidades.

Através da otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, da supervisão das tarefas delegada, o EEESIP assume um papel de consultor, de recurso aos outros elementos da equipa. Os enfermeiros que me orientaram eram, na sua maioria, chefes de equipa ou responsáveis de turno, fazendo a gestão de *stocks*, de recursos físicos e humanos, faziam a distribuição de enfermeiros por turno, geriam a alocação das vagas, entre outras gestões situacionais que fui verificando. Observei, por diversas vezes, que a reflexão em equipa era incitada pelo EEESIP sendo a quem os elementos menos experientes recorriam para auxiliar em questões específicas dos cuidados. Durante o estágio na UCIN, identifiquei que é aplicado a "*Early Feeding Scale*" que permite a avaliação dos sinais de prontidão para a alimentação oral. Esta escala foi validada para a população portuguesa e implementada na UCIN por uma das enfermeiras da unidade, a quem realizei uma entrevista (ver apêndice IX), que me permitiu alargar o conhecimento sobre a aplicação da escala, sobre a importância da avaliação e promoção das competências oro-motoras e, sobretudo, a intervenção da equipa de enfermagem nesse âmbito. Segundo Curado e colaboradores (2017) a aplicação desta escala permite uma observação generalizada e específica das competências oro-motoras do RN para a alimentação oral, facilitando a avaliação autónoma de enfermagem de todo o processo de alimentação, facilitando, desta forma, a toda de decisão dos enfermeiros.

Em todos os estágios procurei integrar-me na equipa multidisciplinar, tentando compreender as dinâmicas e os limites da atuação dos diferentes grupos profissionais. Destaco que, no estágio no SUP, identifiquei que poderia haver a possibilidade da equipa de enfermagem participar na referência de crianças a quem identificassem excesso de peso ou obesidade para cuidados diferenciados, mas após discussão com membros da equipa médica responsáveis pela consulta, tal não foi possível, de modo que realizei a reflexão "A intervenção do enfermeiro especialista com a criança/jovem com excesso de peso ou obesidade na Urgência Pediátrica" que me auxiliou a refletir sobre a situação e a elencar algumas estratégias de atuação (ver apêndice X).

d) Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Segundo os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (2017), o EEESIP distingue-se pelo desenvolvimento de competências técnicas e/ou relacionais de forma a cuidar da criança/jovem em situação

de doença, ou não, em qualquer contexto, sendo detentor de conhecimentos e/ou habilidades para realizar um acompanhamento rigoroso nesses contextos, sendo-lhe exigido uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional (OE, 2017). Assim, o EE deve demonstrar uma prática baseada na evidência, que sustente a sua tomada de decisão e intervenção e, dessa forma, assumir-se como facilitador dos processos de aprendizagem (Regulamento n.º 140/2019). A necessidade de aprender ao longo da vida profissional tem sido cada vez mais premente. A formação pelos pares demonstra-se como tendo um impacto positivo na mudança de atitudes uma vez que surge das necessidades sentidas pelos profissionais. A formação em serviço visa a excelência da prática de enfermagem e consiste num processo planeado que requer preparação, orientação, atualização e aperfeiçoamento dos profissionais com fim a atingir e manter os padrões de qualidade da instituição (Alves & Pacheco, 2016). Neste sentido, transversalmente a todos os estágios, senti necessidade de fazer pesquisa bibliográfica que me permitisse uma melhor adequação de aspetos da prática de cuidados de cada contexto, especificamente, na **consulta de desenvolvimento** senti necessidade de consultar a norma n.º 002/2019 da DGS, sobre a abordagem diagnóstica e intervenção na perturbação do espectro do autismo em idade pediátrica e no adulto e assim deter mais conhecimento sobre esta condição; nos **CSP**, necessitei consultar com frequência o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e o Programa Nacional de Vacinação. Tive a oportunidade de realizar um curso, *online*, intitulado “Comer bem na escola e em família”, (anexo I) com a duração de 6 horas, durante a realização deste estágio e assim alargar o meu leque de conhecimento relativo à temática. No **SIP**, verifiquei que havia um grande número de crianças com o diagnóstico de Drepanocitose, pelo que realizei uma análise reflexiva sobre “Cuidados de Enfermagem à Criança com Drepanocitose: Foco na Alimentação” (ver apêndice XI), que permitiu, não só compreender melhor as especificidades associadas a esta patologia, mas também, ao interligar com a minha temática em estudo, adequar a minha prestação de cuidados à criança com drepanocitose. Na **UCIN**, realizei uma revisão da literatura sobre a alimentação da criança prematura (ver apêndice XII), abordando a promoção e avaliação das competências oro-motoras e intervenção de enfermagem no âmbito da alimentação oral do prematuro. Esta revisão alavancou a realização de uma sessão de formação aos pares, intitulada de “Alimentação e prematuridade: da estimulação à aquisição de

competências. Intervenção de Enfermagem” (ver apêndice XIII), que foi considerada como muito relevante para a prestação de cuidados, com um método adequado e coerente e estruturado pela equipa de enfermagem que assistiu. Participei, durante este estágio, num *workshop* sobre alimentação, ministrado por nutricionistas e psicólogas que me permitiu alargar os meus conhecimentos e considerar, por exemplo, o modelo transteórico da mudança, na prestação de cuidados (anexo II). Por fim, no SUP, realizei uma norma de procedimento sobre os cuidados de enfermagem à criança/jovem com vómitos e diarreia (ver apêndice XIV), por ter identificado que eram cuidados realizados, com frequência, pela equipa de enfermagem, mas para os quais não existia uma norma procedimental atual. Foi, igualmente, referida a necessidade de formação dos pares sobre o período de diversificação alimentar em contexto de internamento no SUP, pelo que realizei uma sessão de formação (apêndice XV) sobre o tópico, tendo alocado um momento de discussão no final, que contou com a participação da equipa de enfermagem, para refletir sobre as práticas realizadas, no SUP, no que à diversificação alimentar concerne. A sessão foi muito bem avaliada nos diferentes indicadores de avaliação (ver apêndice XV onde consta a avaliação da sessão). A realização desta sessão deu início às atividades realizadas no âmbito do PMCQCE, pois permitiu dotar os enfermeiros do serviço de conhecimentos sobre a DA, bem como facilitou a reflexão sobre a alimentação da criança (que está em processo de diversificação alimentar) no SUP, permitindo assim uma uniformização das práticas. Concomitantemente, realizei um documento informativo, para consulta da equipa de enfermagem com as informações chave da sessão de formação (apêndice XVI), funcionando assim como recurso para a equipa.

O EE evidencia uma elevada capacidade de conhecimento de si mesmo e é capaz de gerar respostas, individuais ou organizacionais, de adaptabilidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Assim, creio que fui sendo capaz de perceber os meus limites, conhecendo as minhas capacidades, e de reconhecer o que poderia desenvolver, quer em termos de conhecimentos, como explanado acima, quer ao nível da aquisição de novas habilidades e competências, através da realização de intervenções que até então não tinha tido oportunidade de realizar, como por exemplo, consultas de vigilância de saúde infantil, avaliação do desenvolvimento ou da realização de, por exemplo, uma

entrevista a enfermeira perita. Destaco, particularmente, no que concerne à capacidade de adaptação, a sessão de formação que realizei no SIP. Esta sessão, intitulada “1, 2, 3 uma colher de cada vez” (Apêndice XVII) estava pensada para pais de crianças até aos dois anos de vida, mas que, no dia planeado para a realização da sessão, não havia crianças com essa idade internadas e assistiram à sessão três mães e um pai de três RN. Foi, deste modo, necessário que adaptasse a informação e estratégias para que a sessão fosse útil para aquelas famílias. Comecei por questionar os presentes quantos filhos tinham, ficando a saber que uma das mães tinha outro filho, com dois anos e, assim, fui expondo as recomendações para a alimentação alimentar nos dois primeiros anos de vida, como que de forma antecipatória, focando na experiência atual das famílias participantes na sessão, que era o aleitamento materno e sua importância. Foi muito interessante o facto de a mãe que tinha outra filha mais velha ir fazendo questões e comentários ao longo da sessão que incentivaram a discussão em grupo sobre o tema. A avaliação da sessão foi avaliada de forma muito positiva (ver resultados da avaliação da sessão no apêndice X). Em retrospectiva considero que poderia ter optado por uma sessão menos estruturada, tendo, por exemplo, temas pensados e preparados, mas poderia tê-los desenvolvido num diálogo com as famílias, partindo dos seus conhecimentos, experiências e necessidades. De acordo com o estudo realizado por Thompson e colaboradores (2023) no âmbito da educação parental pela equipa de enfermagem, os pais enfatizaram a importância de os enfermeiros considerarem as suas necessidades individuais a nível psico-socioculturais, crenças e valores. Uma vez estabelecida uma parceria entre pais/enfermeiros os pais podiam utilizar o conhecimento adquirido após a transmissão de conhecimentos, desenvolvendo novas habilidades necessárias para cuidar dos seus filhos (Thompson et al., 2023).

5.2. Competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica

O principal objetivo da enfermagem pediátrica é melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados às crianças e suas famílias (Hockenberry, 2024). Desta forma, as competências específicas do EEESIP englobam: (a) assistir a criança/jovem e família, na maximização da sua saúde, através da parceria de cuidados, promotores da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade; (b) cuidar da

criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, nomeadamente através da mobilização de recursos, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias; e (c) prestar cuidados que deem respostas às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, particularmente, a prestação de cuidados especializados que tenham em consideração as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas do ciclo de vida, de forma a promover a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude. Desta forma, a performance do EEESIP traduz-se na prestação avançada de cuidados, com segurança, competências e satisfação da criança e suas famílias (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

De seguida, apresentam-se as atividades realizadas nos diferentes estágios que permitiram adquirir as competências de EEESIP.

a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

A promoção da saúde integra a vigilância das mudanças físicas, psicológicas e emocionais que ocorrem nos seres humanos entre o nascimento e o fim da adolescência (Hockenberry, 2024). Tendo em consideração a natural dependência da criança, a sua progressiva aquisição de autonomia e, como já estabelecido previamente, o alvo de cuidados ser o binómio criança e família, o EEESIP estabelece com ambos uma parceria de cuidar que seja promotora da otimização da saúde, de forma a adequar a gestão do regime e da parentalidade (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Esta relação de parceria é caracterizada por uma articulação em equidade, que é dinâmica e flexível, podendo a criança e família colaborar, abertamente, na prestação de cuidados (OE, 2017). A família constitui um recurso fundamental, quer para a criança, quer para o enfermeiro na sua prestação de cuidados (Lopes et al., 2020). A doença e a hospitalização podem interpelar a adaptação à parentalidade, associando-se possíveis crises de identidade parental, com indefinição dos pais face ao que podem ou não fazer e/ou ao que é esperado pelos profissionais que eles façam, demonstrando-se fundamental a transmissão de informações de forma clara e concisa. É igualmente importante oferecer um acompanhamento próximo para que os pais possam reunir as melhores condições para lidar com o processo saúde/doença, da criança, e que é conseguido através da escuta ativa, do estar disponível, da identificação dos factos e dos sentimentos experienciados

(OE, 2015a; Resende et al., 2021). Importa reforçar que a educação para a saúde é o processo que consiste na aquisição de conhecimentos e habilidades para melhorar a saúde do indivíduo ou da comunidade. Consideram-se meios eficientes para tal, as sessões de formação, filmes, folhetos, posters, entre outros (Hasanica et al., 2020). A DGS (2019b) recomenda a utilização de diferentes meios para a distribuição de materiais, devendo atender-se à disponibilidade dos materiais, às potenciais falhas existentes na informação e a complexidade dos recursos. É função dos profissionais de saúde auxiliar o cliente na utilização e interpretação dos mesmos (DGS, 2019b).

Assim, na prestação de cuidados à criança procurei sempre negociar a participação e colaboração dos pais/família, pois, como versa acima, uma não se deve dissociar-se da outra. Na **consulta de desenvolvimento**, os pais e as crianças, eram sempre envolvidos no estabelecimento de um plano de saúde, especificamente, no âmbito da consulta de vigilância da criança com diabetes tipo I, foi necessário, por diversas vezes, adaptar a prestação de cuidados à criança às suas características desenvolvimentais (exemplifico o caso de um adolescente, que revelava pouco envolvimento na sua gestão do regime terapêutico, e que foi proposto um contrato de saúde com o mesmo, e definidas estratégias de gestão da sua doença como a utilização de uma aplicação digital para o registo de glicémias). Nos **CSP** tive a oportunidade de preparar e realizar consultas de vigilância de saúde infantil, estando uma delas em apêndice (Ver apêndice XVIII), indo ao encontro do PNSIJ (2013) onde evidencio que, durante a realização de consultas de vigilância é importante que se valorizem os cuidados antecipatórios, como fator promotor da saúde e de prevenção da doença, fornecendo aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho possível da parentalidade. Também neste contexto, compreendi que era necessária a realização de um documento que servisse como complemento à consulta de vigilância de saúde infantil no que concerne à diversificação alimentar, pelo que desenvolvi um folheto (ver apêndice XIX) com recomendações sobre o período de DA, que foi discutido com os enfermeiros da USF e realizadas as reformulações propostas. Importa destacar que também as famílias foram envolvidas na elaboração deste folheto (e.g., auscultação das necessidades das famílias em relação à temática e solicitação das suas opiniões quanto ao conteúdo e forma da versão provisória do folheto).

A hospitalização da criança requer especial atenção por parte dos profissionais de saúde, uma vez que pode acarretar uma alteração do bem-estar e afetar o

desenvolvimento das crianças (Ferreira et al., 2020; Rodrigues et al., 2020). A adaptação à hospitalização, ao processo saúde/doença e ao processo de convalescença está dependente do equilíbrio e bem-estar da família, que é, também, afetada pela doença e adaptação à mesma (Resende et al., 2021). Deste modo, no **SIP**, como evidenciado na reflexão “Cuidados de Enfermagem à Criança com Obesidade no Serviço de Internamento de Pediatria” (ver apêndice XX), foi definido, em conjunto com a criança e família, um plano de gestão do regime. Neste caso, observei um excelente exemplo de *empowerment* parental, uma vez que o excesso de peso da C. se tornou, naquele momento, uma preocupação para a sua mãe, que definiu como seu objetivo de desenvolver competências e novas habilidades para lidar com a situação.

Segundo Coughlin (2014), os CCF informados sobre trauma na UCIN consistem num compromisso de proteger e preservar a integridade da família durante uma crise, garantindo um vínculo criança/cuidador ótimo e o desenvolvimento do papel parental de forma a promover integridade familiar a curto e longo prazo. Neste sentido, e atendendo à elevada vulnerabilidade dos RN prematuros, importa que se prestem os cuidados neuroprotetores que consistem em estratégias que apoiam o desenvolvimento cerebral ou facilitam a reabilitação após uma lesão cerebral. Segundo o modelo integrativo do desenvolvimento neonatal, constituem como pilar central o ambiente, bem como, a parceria com as famílias, o posicionamento e manuseamento, o sono, a minimização do stress e dor, a proteção cutânea e a otimização nutricional (Altimier & Phillips, 2016). Deste modo, na **UCIN** tive a oportunidade de realizar um estudo de caso (apêndice XXI) sobre a L., uma criança com 7 meses de idade cronológica, nascida às 24 semanas e 4 dias de gestação, ventilada, através de cânula de traqueostomia, que iniciou a diversificação alimentar durante o meu estágio, em que tive oportunidade de interagir e intervir com esta família, contribuindo para a implementação de um plano de saúde, que fosse promotor da parentalidade, através do *empowerment* da mãe da criança, bem como, da capacidade de gestão do regime e da reinserção social da criança, nomeadamente através da identificação de recursos importantes para esta família, como era o caso da religião. Para além disso, foi realizado um plano de cuidados com enfoque nos cuidados neuroprotetores supracitados.

No **SUP**, prestar CCF pode acarretar alguns impedimentos, pois os pais estão num ambiente que não conhecem, os seus filhos encontram-se em processo de agudização de doença ou com doença grave e os cuidados são prestados por profissionais com os quais ainda não desenvolveram uma relação (Rosenthal et al., 2023). Contudo, o trabalho em parceria com os pais é evidente, não só na colheita de dados na triagem, mas também na sala de enfermagem, durante a realização de procedimentos, em que a sua participação é fundamental para um maior conforto para a criança. Neste sentido e acautelando o exposto no plano nacional de saúde (DGS, 2022a) que frisa que “cada contacto conta”, refleti se não seria oportuno a dinamização da participação dos enfermeiros na identificação e referenciação de crianças com excesso de peso/obesidade que recorrem ao SUP, motivando a realização de uma análise reflexiva sobre o assunto (Apêndice X). Ao realizar a colheita de dados para a caracterização do local de estágio, apercebi-me que recorriam muitas crianças com vómitos e/ou diarreia ao SUP, sendo realizado pelos enfermeiros diversos ensinamentos e treinamentos para gerir os mesmos, mas que não havia nenhuma forma de transmitir esta informação de forma estruturada às famílias. Por conseguinte, sugeri a realização de um vídeo para ser apresentado no monitor da sala de espera, para que as famílias possam assistir enquanto esperam pelo atendimento médico ou de enfermagem. Esta sugestão foi aceite pela enfermeira gestora, pelo que realizei a apresentação que se encontra em apêndice para consulta (apêndice XXII).

De igual modo, relevo que a hospitalização pode estar associada a uma alteração brusca na rotina da criança, com restrições a nível familiar, de recursos (como os seus brinquedos) e alimentares (Diogo et al., 2016). Por esse motivo, ao longo dos estágios fui tendo especial atenção às preferências alimentares das crianças internadas (por se tratar do tema em estudo) e tentando compreender de que forma estas interferem na sua ingestão nutricional. No **SIP** negocieei com uma criança em idade pré-escolar a ingestão de alguns pedaços de comida, através da brincadeira, sem forçar, tentando respeitar os seus gostos pessoais. Posteriormente, tive oportunidade de discutir esta intervenção com a minha enfermeira orientadora, concluindo que até ao momento as crianças internadas não tinham hipótese de escolher o que iriam comer, sendo este um dos aspetos a melhorar num futuro próximo. No **SUP** apesar de ser facultada a hipótese de escolha nas refeições, a oferta alimentar pode ser melhorada, especificamente as refeições secundárias, facto que motivou a realização de um PMCQCE neste âmbito (apêndice VIII).

Relativamente à unidade de competência “E 1.2 Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19193), durante o estágio em **CSP**, tive a oportunidade de assistir a uma reunião do Núcleo de Apoio à criança e Jovem em Risco, que me permitiu constatar não só os dados epidemiológicos dos ACES no que concerne a crianças e jovens em risco, mas também de como se processa a referenciação e a agilização dos recursos no sentido de proteger estas crianças e qual a intervenção do EEESIP enquanto elo de ligação em contexto de maus tratos à criança/jovem. De facto, segundo a DGS (2011), os serviços de saúde adquirem particular relevo, estando os profissionais de saúde nos CSP em situações privilegiadas para a identificação de crianças em risco, tendo os ACES e hospitais prioridade na intervenção face às Comissões de Proteção da Criança e Jovem e aos tribunais, que apenas são mobilizados quando os primeiros não conseguem eliminar o risco. Assim se evidencia a importância da intervenção destes profissionais, que possuem legitimidade para intervir nestas situações, tendo como objetivo proteger a criança/jovem, intervir no risco para que a situações não evolua para uma situação de perigo e evitar a recorrência (DGS, 2011).

b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

Na sua prestação de cuidados à criança/família, o EEESIP deve mobilizar recursos de forma oportuna no sentido de dar resposta às necessidades dos mesmos quando estes experienciem situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, mobilizando diversas abordagens e terapias. Assim, o EEESIP deve reconhecer e adequar a sua prestação de cuidados em situações de instabilidade de funções e risco de morte (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Tal como evidenciado no autodiagnóstico realizado previamente, considero que esta competência, em relação às outras, era a que tinha mais desenvolvida, por trabalhar num SUP. Devido às suas características, o SUP é um serviço “caótico e imprevisível”, onde afluem crianças com situações agudas e repentinas, que requerem triagem (McKenna et al., 2022). Uma triagem correta e célere contribui para qualidade dos cuidados prestados no SUP e o enfermeiro que a realiza deve ser dotado das competências necessárias para o fazer, de forma a evitar erros na priorização dos clientes. Para tal, importa que o enfermeiro que realiza a triagem detenha um corpo de

conhecimentos alargado, bem como experiência clínica, conhecimento relacionado com fisiopatologia das doenças mais comuns e de emergências, adequando a sua atuação nesses casos, devendo, igualmente, ser capaz de colher dados e de realizar exames objetivos. De igual modo, deve demonstrar juízo crítico e capacidade de tomada de decisão, intuição clínica e capacidade comunicação. É igualmente importante a estabilidade emocional, elevada tolerância, capacidade de adaptação e de concentração e controlo emocional (Bijani & Khaleghi, 2019).

Não obstante, ao longo dos estágios pude desenvolver outras unidades de competência, nomeadamente no que concerne à gestão e controlo da dor. De facto, pude refletir sobre a importância da prestação de cuidados não-traumáticos em ambientes terapêuticos, através da utilização de intervenções que eliminam ou minimizam o sofrimento físico ou psicológico das crianças e suas famílias. As intervenções variam entre as abordagens psicológicas, como a preparação para os procedimentos, às abordagens físicas como providenciar um espaço para permanência conjunta dos pais, durante o internamento (Hockenberry, 2024). De facto, na **consulta de desenvolvimento**, observei que era prática comum a disponibilização de pensos EMLA® na consulta que antecedia a realização de colheitas sanguíneas, sendo transmitidas as devidas orientações sobre locais de aplicação do penso e antecedência necessária para que faça efeito, providenciando assim a devida preparação para o procedimento e facilitando a gestão emocional das crianças e famílias. Para além disso, todos os procedimentos eram realizados ao colo dos familiares e com medidas de distração. Nos **CSP**, durante a vacinação, sempre que a criança era amamentada incentivei as mães, se assim desejassem a fazê-lo, medida que foi sempre aceite. Esta medida demonstra-se muito eficaz no controlo da dor, quer do RN, quer no lactente, devendo ser iniciada antes do procedimento doloroso e mantido até depois do seu término (Reece-Stremtan et al., 2016). Na **UCIN** destaco, no âmbito dos cuidados neuroprotetores, a importância do controlo da dor do RN prematuro, quer seja através da contenção, da administração de sacarose e sucção não-nutritiva durante os procedimentos ou mesmo da utilização de fármacos para controlo da dor, mas também da redução dos estímulos sonoros ou luminosos (Altimier & Phillips, 2016). O controlo da dor nos RN prematuros ou doentes assume particular importância, uma vez que minimiza e mitiga as consequências nocivas

associadas à hospitalização e à doença crítica, merecendo, assim, cuidadosa consideração a realização de procedimentos dolorosos de rotina (Coughlin, 2014). Estes aspetos foram tidos em consideração aquando da prestação de cuidados, durante o estágio e discutida a sua importância com a minha enfermeira orientadora, bem como, foram transmitidos aos pais sempre que oportuno. No **SUP**, foram diversas as situações que me permitiram fazer uma gestão diferenciada da dor, nomeadamente, através da aplicação de uma escala de avaliação de dor na triagem, bem como da utilização de diferentes métodos não-farmacológicos de controlo da dor disponíveis no SUP, como a distração, a *buzzy*®, música e por vezes, a utilização do humor e de medidas farmacológicas como a utilização de protóxido de azoto, sedo analgesia ou sacarose 24%. Desta forma, em concordância com o preconizado pela OE (2013), reflito que são diversas as intervenções não farmacológicas para o controlo e alívio da dor na criança. Procurei adaptar a sua escolha aos recursos existentes em cada serviço, à sensibilidade da criança à dor, suas preferências e habilidades, ao seu desenvolvimento cognitivo, estratégias de *coping*, ao tipo de dor (aguda, recorrente e/ou crónica), ao contexto (procedimentos ou exames invasivos dolorosos, entre outros) e às suas características (localização, intensidade, duração e qualidade afetiva) (OE, 2013). Por vezes, devido às características do procedimento, sua duração, dor expectável, nível de ansiedade da criança do grau de imobilidade necessário e da previsão da necessidade de repetição do procedimento estas estratégias não são suficientes para controlar a dor da criança, sendo necessário associar a medidas farmacológicas da dor, como as enumeradas acima (DGS, 2012).

Saindo do meu contexto profissional habitual pude desenvolver competências nos cuidados à criança em situação crónica. Neste sentido, realizei a reflexão na **consulta de desenvolvimento**, que me permitiu um melhor conhecimento sobre a criança com perturbação do espectro do autismo, diagnóstico, tratamento e intervenção especializada de enfermagem. No **SIP**, assisti a crianças com doenças crónicas, nomeadamente com drepanocitose e obesidade pude promover o desenvolvimento de conhecimentos, competências e habilidades dos pais e das crianças para a gestão da doença e situação. Particularmente no caso da criança com drepanocitose interessou-me aprofundar as suas necessidades de alimentação (temática em estudo). Assim, pude atingir os objetivos específicos a que me propus para este estágio. Na **UCIN**, trabalhei as questões específicas da alimentação da criança prematura, compreendendo que a intervenção de

enfermagem se demonstra fundamental, com a estimulação das competências oromotoras e treino das mesmas, para que se ateste, mais tarde, sucesso na alimentação oral do RN prematuro (ver apêndice XII). No SUP, pude aprofundar os determinantes inerentes à referência de crianças com excesso de peso ou obesidade, assim como a interligação entre os cuidados hospitalares e comunitários.

c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

A infância é um período onde ocorrem mudanças físicas, motoras, cognitivas, emocionais e sociais, sendo fortemente influenciada pelas variações do ambiente físico, familiar e social em que a criança se insere (Ferreira et al., 2020; Hockenberry, 2024). Os processos desenvolvimentais são únicos para cada estágio de desenvolvimento e a contínua triagem e avaliação são essenciais para a intervenção precoce quando são encontrados desvios (Hockenberry, 2024). O EEESIP considera as especificidades e exigências relacionadas com o desenvolvimento das etapas do ciclo vital e é capaz de responder de forma eficaz, enquanto promove a maximização do potencial de desenvolvimento que vai desde a vinculação à juventude (Regulamento n.º 422/2018). Funk e colaboradores (2023) propõem que alimentar contribui para o desenvolvimento de uma vinculação segura, sendo algo transversal à grande maioria das culturas, uma vez que o receber comida por parte de outros de quem a criança depende aumenta a sua relação com as mesmas e à medida que as crianças vão crescendo, a alimentação continua embutida nas suas relações sociais. Os autores elaboram sobre a relação entre a alimentação e a vinculação, acrescentando ao postulado na teoria da vinculação de Bowlby, onde a alimentação não está consagrada, ressaltando, a par da OMS, a importância da parentalidade responsiva no estabelecimento da relação pai/filho (Funk et al., 2023). Assim, considero que a promoção da alimentação saudável das crianças através do *empowerment* parental leva ao desenvolvimento e crescimento saudáveis, mas também constitui uma forma de melhorar a vinculação e a relação entre os pais e seus filhos, sendo fundamental a intervenção de enfermagem neste sentido, de forma a que as diversas transições associadas à alimentação sejam bem-sucedidas.

Ademais, promover o desenvolvimento infantil é auxiliar a criança a desenvolver-se, em pareia com a sua família, no seu tempo e circunstância de vida, dentro do que é

esperado para a sua idade e respeitando o seu ritmo (OE, 2010). Deste modo, o estágio na **consulta de desenvolvimento**, ainda que de curta duração, permitiu-me adquirir competências no que concerne à avaliação do crescimento e desenvolvimento, uma vez que, pude observar a aplicação da escala de avaliação do desenvolvimento de *Mary Sheridan* e pude, com supervisão, aplicá-la, para além de ter realizado a avaliação antropométrica da criança. Também neste estágio me foi possibilitada a observação de duas consultas médicas em que foi aplicada a escala de avaliação do desenvolvimento *Growing skills II* e posterior discussão das consultas com a médica e a minha enfermeira orientadora, o que se demonstrou muito importante para uma maior compreensão dos parâmetros em avaliação, mas também de técnicas e estratégias para o fazer, designadamente, através da brincadeira e do desenho. Neste local de estágio, a maior parte da intervenção direta com a criança, particularmente com as crianças com perturbação do desenvolvimento, era realizada através do brincar ou de uma atividade lúdica, como jogos de encaixe. Segundo Park e colaboradores (2020) a abordagem centrada na família, fundamentada no brincar constitui uma intervenção precoce eficaz que melhora a comunicação e interação social das crianças com Perturbação do Espectro do Autismo. As crianças interagem com o ambiente através da brincadeira e aprendem a socializar e interagir com outros, a comunicar e ser mais criativos, sendo os pais os primeiros companheiros de brincadeiras, aumentando o vínculo entre os mesmos, demonstrando assim a importância da intervenção de enfermagem através do brincar, mas também do *empowerment* parental neste sentido. Nos **CSP**, a avaliação do desenvolvimento também pode ser muito trabalhada, bem como a avaliação do crescimento, sendo particularmente enriquecedora a oportunidade de realizar consultas de vigilância (Apêndice XVIII) e transmitir informações antecipatórias às famílias sobre o desenvolvimento infantil. Tal como evidenciado no PNSIJ (2013), a avaliação do desenvolvimento facilita a identificação precoce de perturbações psicomotoras e assim permite a adequação da intervenção. Neste estágio, a maior parte das crianças com que contactei tinham idades compreendidas entre a primeira semana de vida, altura em que é realizado o rastreio de doenças metabólicas, até aos 2 meses. Por esta razão, a minha intervenção, no que concerne à alimentação, incidiu mais na promoção da amamentação, *empowerment* parental caso a amamentação não fosse uma opção da família, sendo as famílias aconselhadas a realizar a consulta de vigilância antes do início da diversificação

alimentar para que desenvolvam as competências necessárias a esse cuidado à criança. Tal como referem Sai e Altay (2020), a amamentação requer conhecimento, habilidades e experiência e o sucesso da mesma afeta o padrão alimentar da criança. No seu estudo, as autoras verificaram que no grupo de mães a amamentar que recebeu educação com base na internet, o sucesso e a manutenção da amamentação era superior ao grupo de controlo, concluindo que o aumento da percepção materna de autoeficácia na amamentação contribui para o sucesso da amamentação (Sari & Altay, 2020). Também tive oportunidade de participar na realização de uma consulta de vigilância de saúde com 6 meses de idade de uma criança que iria iniciar a alimentação sólida, ao fim de 6 meses de aleitamento materno exclusivo. A mãe da criança já tinha outra filha e foi possível avaliar que detinha conhecimentos e uma experiência anterior positiva, apesar de ter verbalizado alguma preocupação relativamente a esta transição. Foram escutadas as suas preocupações e esclarecidas as suas dúvidas, especificamente, sobre métodos de alimentação, estando esta mãe inclinada para a realização de um método misto, pelo que foram disponibilizados recursos informativos digitais sobre a preparação dos alimentos no método BLW, tendo sido partilhado o folheto realizado sobre DA, para a apoiar na tomada de decisão (Apêndice XIX).

Nos estágios em contexto hospitalar a avaliação do desenvolvimento não foi realizada através do recurso a uma escala, mas foi sempre realizada a promoção do desenvolvimento e crescimento saudável, nomeadamente através da promoção da alimentação saudável. Assim versa no guia de boas práticas, da OE (2010), onde se frisa que a aplicação de uma escala de avaliação pode não ser adequado, mas que deve, sempre que possível, ser promovido o desenvolvimento saudável, auxiliando os pais na aquisição de competências e assim fazerem transições saudáveis. Deste modo, no **SIP**, fi-lo através da realização da sessão de formação que realizei com os pais das crianças internadas, tendo deixado no serviço, como recurso, um folheto sobre a promoção da alimentação saudável nos dois primeiros anos de vida (apêndice XVII e VII). Neste serviço encontravam-se internadas crianças desde as primeiras semanas de vida até à adolescência, ainda que mais esporadicamente, sendo assim possível promover uma vinculação segura entre mãe/pai e RN, através da promoção do colo, do conforto, da amamentação e de uma parentalidade responsiva, em que os pais aprendem a

descodificar os sinais que o RN demonstra, respondendo adequadamente aos mesmos. Aqui, tive algum contacto com adolescentes, com motivos de internamentos desde a descompensação de doença crónica até a uma doença aguda, com dor associada.

Na UCIN, após aprofundamento sobre cuidados neuroprotetores foram realizadas intervenções promotoras dos mesmos, tais como, a promoção do aleitamento materno, a estimulação e treino das competências oro motoras, a realização de contacto pele com pele ou, caso não fosse possível, que os pais tocassem no RN ou que participassem nos cuidados ao seu filho. Ainda, os cuidados com a pele e com o posicionamento, a atenção aos estímulos sonoros e luminosos, de forma a promover o descanso do RN, e a atenção ao controlo da dor. Neste contexto realizei um estudo caso (Apêndice XXI) de uma criança, prematura de 24 semanas e 4 dias com 7 meses de idade cronológica que iniciou uma das grandes transições da primeira infância na unidade – iniciou a diversificação alimentar. Foi um enorme privilégio poder contribuir com o conhecimento adquirido até então, capacitando a mãe, estando presente durante as alimentações para que pudesse esclarecer as suas dúvidas, fornecer reforço positivo, providenciar recursos, estratégias e observar a aquisição de novas habilidades desta díade – criança e mãe. Também durante este estágio e, no âmbito do desenvolvimento desta competência, assisti a um *webinar* da ESEL, que contou com a participação da senhora enfermeira Mary Coughlin (anexo III), que me permitiu refletir sobre a importância do *trauma informed care* na UCIN, particularmente no que concerne a alimentação, considerando a autora que existe, com frequência, dificuldade, por parte dos profissionais de saúde, na UCIN, em atender às necessidades nutricionais dos RN prematuros enquanto se preservam as características da alimentação que se estendem para além do sustento e se relacionam com as dimensões socio-sensorial da alimentação. A autora propõe que se considere a combinação entre a ingestão calórica e a experiência alimentar pois irá resultar numa obtenção mais precoce de competências oro motoras essenciais para a alimentação oral (Coughlin, 2014). Ou seja, para a autora, alimentar deve ser mais do que o ato de administrar leite a um RN, mas sim um momento de partilha, de aprendizagem, de treino de competências e uma forma de minimizar o trauma associado à hospitalização. Este *webinar* contribuiu muitíssimo para o meu desenvolvimento de competências pois foi como que um ponto de partida para as restantes atividades realizadas em estágio,

particularmente as relacionadas com a promoção e estimulação das competências oromotoras e sua importância na alimentação oral do RN prematuro.

No **SUP** a promoção do crescimento e desenvolvimento está condicionada pelo facto de a criança estar em situação aguda de doença, pelo que as intervenções realizadas durante o internamento em SO/UCEP, consistem na realização de atividades promotoras do desenvolvimento, como por exemplo, no caso de lactentes com necessidade de ventilação não-invasiva, secundária a uma infeção respiratória, incentivando os pais a manter algumas das suas rotinas, conversar com a criança, cantar, entre outros (OE, 2010). Os pais são incentivados a trazer o objeto de segurança da criança, para assim permitir um ambiente seguro para a criança. Neste local de estágio a promoção do sono e do descanso é fundamental, por ser um ambiente com muitos estímulos, pelo que a advocacia pela organização dos cuidados foi sendo realizada, bem como a adequação dos estímulos sonoros e luminosos, a colaboração com os pais na tranquilização da criança bem como na manutenção do sono (Crous & North, 2021; OE, 2010).

Ao longo dos estágios pude desenvolver as questões relacionadas com a comunicação com a criança/família, uma vez que em diversas situações dos cuidados as crianças nem sempre compreendem o que está a suceder, demonstrando medo e choro, sendo necessária a mobilização de estratégias de comunicação para os tranquilizar, como por exemplo, a informação individualizada, atendendo ao seu desenvolvimento e preferências, e o estabelecimento de uma relação de confiança. Por exemplo, antes da vacinação expliquei sempre o procedimento à criança quando esta era capaz de compreender, mas também aos pais. No SUP, a triagem constitui um momento propício à adequação da comunicação, pelo que recorria, por vezes, ao humor ou à brincadeira para comunicar com as crianças. Diogo e colaboradores (2016) reforçam que existem *stressores* associados à hospitalização, como a separação, a perda de controlo, a dor, entre outros, podendo estes ser potenciados quando a hospitalização ocorre em contexto de urgência. Como tal, o enfermeiro deve adequar e adaptar estratégias de comunicação à criança/família, dando privilégio a uma comunicação próxima com os pais, de forma a evitar situações potenciais de tensão geradas pelo medo e ansiedade, devendo permitir-se e facilitar-se a expressão das emoções.

5.3. Competências de mestre

É atribuído o grau de mestre quando se demonstra a aquisição de conhecimentos que permitam a gestão de situações complexas e resolver problemas na sua área de estudo, refletindo e analisando os mesmos, tomando decisões que reflitam o reconhecimento das implicações ética para a prática. É ainda expectável a aplicação desse conhecimento, nomeadamente através da realização de investigação ou na resolução e compreensão de problemas que possam surgir em situações novas. O grau de mestre é atribuído aqueles que consigam integrar conhecimentos, desenvolver soluções ou ajuizar sobre situações em que a informação é limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre questões ético-legais e suas implicações. Após a aquisição de competência que permitam a aprendizagem ao longo da vida, a capacidade de comunicar as conclusões aferidas, bem como os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes é fundamental para a atribuição do grau de Mestre (Decreto-lei n. º 65/2018).

Neste sentido, ao longo dos estágios fui sendo capaz de desenvolver o meu leque de conhecimentos, competências e habilidades que depois apliquei na prática dos cuidados de enfermagem, sendo, por vezes, consultada pelos meus pares, no sentido de otimizar os cuidados de enfermagem à criança e jovem. Com esse conhecimento, importa integrá-lo nos contextos, pelo que fui realizando as sessões de formação em cima referidas, bem como, procurei deixar documentos informativos, quer para os pares, quer para as famílias. De igual modo, procurei mobilizar os conhecimentos e competências adquiridas e iniciar um PMCQCE, que me permitisse desenvolver soluções para uma das questões, identificadas pela equipa como tendo oportunidade de melhoria.

Não obstante, a realização de investigação constitui um importante fator para a atribuição do grau de mestre, pelo que realizei um protocolo de uma revisão sistemática da literatura qualitativa intitulada “A experiência de pais com excesso de peso ou obesidade nos cuidados de saúde primários: Protocolo de revisão sistemática da literatura qualitativa”, cujo objetivo consiste na compreensão das experiências dos pais de crianças com excesso de peso ou obesidade, no âmbito da consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil, permitindo-me compreender o processo de realização de investigação e possibilitar o aprofundamento do conhecimento sobre a problemática em estudo de forma a poder aplicar no futuro (ver apêndice XXIII).

Considerações Finais e Projetos Futuros

O processo que aqui se conclui, apesar dos altos e baixos, resultou num enorme crescimento e desenvolvimento a nível pessoal e profissional. Continuar a minha formação enquanto enfermeira demonstrou-se essencial no estabelecimento das minhas práticas dos cuidados. Para além disso, o aprofundamento da temática em estudo revelou-se extremamente enriquecedor nos mais diversos sentidos. O meu interesse pela promoção da alimentação saudável durante a infância não só cresceu, mas evoluiu e metamorfoseou-se na vontade de fazer mais, de produzir conhecimento nesta área, com o cunho da enfermagem. Assim, concluo que atingi os objetivos propostos, adquirindo e evidenciando as competências de EE, EEESIP e de mestre, através da realização de atividades nos contextos clínicos, da reflexão na e sobre a ação, da mobilização de evidência científica e da participação no esforço da integração desse conhecimento na prática dos cuidados e da participação em investigação. Este processo de aquisição de competências foi facilitado pela orientação dos diversos profissionais que acompanharam os meus estágios, como a minha docente orientadora, os meus enfermeiros orientadores, enfermeiros gestores e enfermeiros das equipas dos locais onde estagiei. A receção e colaboração neste projeto das diversas famílias e crianças a quem prestei cuidados demonstrou-se fundamental na manutenção da motivação e do desejo de continuar este processo. A mobilização da mais recente evidência disponível, de órgãos soberanos e de políticas de saúde, aliada à reflexão crítica realizada ao longo deste processo permitiu o desenvolvimento das competências referidas no relatório, mas esse desenvolvimento perdurará na minha prática de cuidados. Pude compreender a importância do EEESIP na gestão e organização dos cuidados, da importância da adequação da liderança ao contexto e à situação, bem como, da praxis baseada na evidência e na aquisição de conhecimentos, habilidades e competências que facilitem na tomada de decisão. Para além disso, compreendi a especificidade da intervenção do EEESIP na prestação de cuidados à criança/família, quer seja na promoção da saúde, na atuação em situação de especial complexidade, através do controlo e gestão da dor ou da promoção da facilitação da adaptação à situação crónica ou na promoção do crescimento e do desenvolvimento da criança/jovem. Especificamente adquiri vários conhecimentos no que concerne a temática em estudo, bem como da problemática de enfermagem aqui evidente, podendo desta feita, adequar a minha intervenção futura,

servindo como elemento facilitador da mudança neste âmbito. Tal como evidenciado, a reflexão na e sobre a ação, bem como a concretização da experiência em conhecimento, permitiu que a minha base de conhecimento, competência e habilidades seja agora mais alargada e que possa continuar a ser desenvolvida. E, assim, atendendo à importância que a prevenção de doenças crónicas não-transmissíveis assume para a saúde e qualidade de vida das crianças, tenciono dar continuidade ao trabalho que aqui se iniciou, nomeadamente através da participação e produção de projetos de investigação, como o referido anteriormente, disseminando os seus resultados aos meus pares, mas também de outros no meu local de trabalho, no âmbito da alimentação da criança, designadamente a implementação do PMCQCE que planeei para o SUP, permitindo-me assim promover alimentação saudável das crianças, prevenir doenças como a obesidade infantil ou a desnutrição (particularmente a secundária a um processo de doença) e capacitar a equipa de enfermagem no que concerne à alimentação infantil.

Neste processo encontrei algumas limitações, nomeadamente, o curto tempo de estágio em consulta de desenvolvimento, que me impediu o aprofundamento da temática no âmbito da prestação de cuidados à criança com perturbação do desenvolvimento. A reduzida adesão das famílias às consultas de vigilância de saúde em CSP que verifiquei no meu contexto de estágio e que limitou a diversidade de consultas de vigilância, nomeadamente em idade escolar e adolescentes. Na UCIN foi necessário adaptar várias vezes as atividades pensadas devido ao elevado nível de complexidade das crianças internadas, evidenciando a importância das dotações seguras em enfermagem, uma vez que, no sentido de prestar cuidados de qualidade e em segurança seriam necessários mais enfermeiros.

Por fim, acrescento que a promoção da alimentação saudável, desde o nascimento aos 18 anos (e até depois) não se esgota com a transmissão de conhecimentos sobre os seus fundamentos, mas antes, requer a mobilização de estratégias e intervenções especializadas que promovam o *empowerment* parental (e da criança). No primeiro ano de vida da criança, atendendo às diversas mudanças por que passam as crianças e família, a prestação de cuidados que sejam centrados na família e facilitadores de transições saudáveis demonstra-se como essencial, na medida em que, os pais ao reconhecerem a alimentação saudável como fundamental para o crescimento e desenvolvimento

saudável, podem necessitar, de uma intervenção holística, que lhes permita a aquisição de conhecimentos, o treino de competências e novas habilidades, a mobilização de recursos, para que possam demonstrar mestria no novo papel. É competência do EEESIP fazer essa promoção da saúde, ao seu mais elevado potencial, através da parceria que estabelece com a criança e família, diagnosticando e intervindo nas doenças comuns, nomeadamente através da sua prevenção. Concomitantemente, ao fazê-lo, está a promover a maximização do crescimento e desenvolvimento das crianças, bem como, o desenvolvimento da parentalidade dos pais. Promovendo a alimentação responsiva, seja através do aleitamento materno, da alimentação com leite adaptado ou durante o período de DA, o EEESIP facilita e promove o desenvolvimento de uma vinculação segura entre os pais e a criança. Será este o meu desígnio enquanto futura EEESIP, manter-me motivada na promoção da alimentação saudável da criança atuando como agente da mudança, transmitindo conhecimentos aos meus pares e crianças/famílias a quem prestar cuidados, mantendo uma prática baseada na evidência, com vista à melhoria dos cuidados de Enfermagem.

Referências Bibliográficas

- Alarcão, I. (2001). Prática Reflexiva. *Referência*, 6.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373–382.
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Alves, C., & Pacheco, A. (2016). A Informação como Suporte à Supervisão de Pares em Enfermagem. *Millenium*, 2(1), 41–51. <https://www.researchgate.net/publication/308765668>
- Antunes, J. J., Almeida, S., Leite, R. B., Moita, C., & Martins, S. (2021). Feeding and Growth Patterns in the First Years of Life: Assessment of Children from Two Family Health Units of the Municipality of Cascais. *Lusíadas Scientific Journal* •, 2(4). <https://doi.org/10.48687/ljs.v2i4.78>
- Ashcraft, L. E., Asato, M., Houtrow, A. J., Kavalieratos, D., Miller, E., & Ray, K. N. (2019). Parent Empowerment in Pediatric Healthcare Settings: A Systematic Review of Observational Studies. In *Patient* (Vol. 12, Issue 2, pp. 199–212). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/s40271-018-0336-2>
- Bijani, M., & Khaleghi, A. A. (2019). Challenges and Barriers Affecting the Quality of Triage in Emergency Departments: A Qualitative Study. *Galen Medical Journal*, 8. <https://doi.org/10.31661/gmj.v8i0.1619>
- Borges Rodrigues, S. (2022). *Empowerment counselling in nursing well-child visits for healthy family lifestyles* [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/134>
- Borges Rodrigues, S., Parisod, H., Barros, L., & Salanterä, S. (2021). Measuring Empowerment Counselling in Routine Primary Health Care: Psychometric Properties

- of a Portuguese Adaptation of the Empowering Speech Practices Scale. *Journal of Pediatric Nursing*, 61, e79–e86. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.04.031>
- Cain, C. (2024). Health Promotion of the Infant and Family. In M. Hockenberry, E. Duffy, & K. Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th Edition, pp. 338–374). Elsevier.
- Carvalho, M. C., & Lucas, P. R. (2020). A eficácia da prática do enfermeiro líder clínico – Revisão Sistemática da Literatura. *Millenium*, 2(11), 57–64. <https://doi.org/10.29352/mill0211.06.00274>
- Cattaneo, L. B., & Chapman, A. R. (2010). The Process of Empowerment: A Model for Use in Research and Practice. *American Psychologist*, 65(7), 646–659. <https://doi.org/10.1037/a0018854>
- Cheng, H., Eames-Brown, R., Tutt, A., Laws, R., Blight, V., McKenzie, A., Rossiter, C., Campbell, K., Sim, K., Fowler, C., Seabury, R., & Denney-Wilson, E. (2020). Promoting healthy weight for all young children: a mixed methods study of child and family health nurses' perceptions of barriers and how to overcome them. *BMC Nursing*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00477-z>
- Cheng, H., George, C., Dunham, M., Whitehead, L., & Denney-Wilson, E. (2021). Nurse-led interventions in the prevention and treatment of overweight and obesity in infants, children and adolescents: A scoping review. In *International Journal of Nursing Studies* (Vol. 121). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104008>
- Clark, H., Coll-Seck, A. M., Banerjee, A., Peterson, S., Dalglish, S. L., Ameratunga, S., Balabanova, D., Bhan, M. K., Bhutta, Z. A., Borrazzo, J., Claeson, M., Doherty, T., El-Jardali, F., George, A. S., Gichaga, A., Gram, L., Hipgrave, D. B., Kwamie, A., Meng, Q., ... Costello, A. (2020). A future for the world's children? A WHO–UNICEF–Lancet Commission. In *The Lancet* (Vol. 395, Issue 10224, pp. 605–658). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32540-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32540-1)
- Coughlin, M. (2014). *Transformative Nursing in the NICU: trauma-informed age-appropriate care*. Springer Publishing Company, LLC.

- Crous, E. C., & North, N. (2021). Sleep promotion for hospitalized children: Developing an evidence-based guideline for nurses. *Curationis*, 44(1). <https://doi.org/10.4102/curationis.v44i1.2219>
- Decreto-lei n.º 65/2018. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 Regime Jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. In *Diário da República : Vol. 1.ª série* (Issue 157, pp. 4147–4182). Diário da República.
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.ª versão revista). *Research Gate*, 1–21. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16091.31528>
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2).
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens. Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2012). *Norma 022/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2019a). *Alimentação Saudável dos 0-6 anos. Linhas de Orientação para profissionais e educadores*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2019b). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2022a). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2022b). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030*. DGS.
- Direção-Geral Da Saúde (DGS). (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. DGS.

- Dunst, C. J., & Espe-Sherwindt, M. (2016). Family-centered practices in early childhood intervention. In *Handbook of Early Childhood Special Education* (pp. 37–55). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28492-7_3
- Fernandes, C., Martins, F., Santos, A. F., Fernandes, M., & Veríssimo, M. (2023). Complementary Feeding Methods: Associations with Feeding and Emotional Responsiveness. *Children*, *10*(3). <https://doi.org/10.3390/children10030464>
- Ferreira, A. N., Sales, J., Coelho, H. P., Marçal, F. de A., Melo, C. S. de, Sousa, D. R. de, & Feitosa, A. C. (2020). Hospitalização Infantil: Impacto emocional indexado à figura dos pais. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, *8*(1), 402–408. <https://doi.org/10.16891/2317-434x.v8.e1.a2020.pp402-408>
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, *15*. <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>
- Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N., Mis, N. F., Hojsak, I., Hulst, J. M., Indrio, F., Lapillonne, A., & Molgaard, C. (2017). Complementary feeding: A position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) committee on nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, *64*(1), 119–132. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001454>
- Fisher, B. (2024). Health Problems of the school Aged child . In M. Hockenberry, E. Duffy, & K. Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th Edition, pp. 483–488). Elsevier.
- Fox, J. (2024). Family Centered Care of the child during illness and hospitalization. In M. Hockenberry, E. Duffy, & K. Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th Edition, pp. 648–374). Elsevier.
- Funk, L., Scheidecker, G., Chapin, B. L., Schmidt, W. J., Ouardani, C. El, & Chaudhary, N. (2023). Feeding, Bonding, and the Formation of Social Relationships. In *Feeding, Bonding, and the Formation of Social Relationships*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009306300>

- Gago, C. M., Jurkowski, J., Beckerman-Hsu, J. P., Aftosmes-Tobio, A., Figueroa, R., Oddleifson, C., Mattei, J., Kenney, E. L., Haneuse, S., & Davison, K. K. (2022a). Exploring a theory of change: Are increases in parental empowerment associated with healthier weight-related parenting practices? *Social Science and Medicine*, 296. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114761>
- Gago, C. M., Jurkowski, J., Beckerman-Hsu, J. P., Aftosmes-Tobio, A., Figueroa, R., Oddleifson, C., Mattei, J., Kenney, E. L., Haneuse, S., & Davison, K. K. (2022b). Exploring a theory of change: Are increases in parental empowerment associated with healthier weight-related parenting practices? *Social Science and Medicine*, 296. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114761>
- Goldschmidt, K., & Mele, C. (2021). Disruption of Patient and Family Centered Care Through the COVID-19 Pandemic. *Journal of Pediatric Nursing*, 58, 102–103. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.03.001>
- Haddad, L., & Toney-Buttler, T. (2023). *Empowerment* . StatPearls [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430929/>
- Hockenberry, M. (2024). Perspectives of Pediatric Nursing . In M. Hockenberry, E. Duffy, & K. Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th Edition, pp. 108–170). Elsevier.
- Institute of Patient and Family Centered Care. (n.d.). *What is PFCC*.
- Instituto de Apoio à Criança. (2017). *Anotações à Carta da Criança Hospitalizada*. www.each-for-sick-children.org
- Instituto de Apoio à Criança. (2021). *Carta da Criança nos cuidados de saúde primários*.
- Jebeile, H., Kelly, A. S., O'Malley, G., & Baur, L. A. (2022). Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, 10(5), 351–365. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(22\)00047-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(22)00047-X)

- Jessee, M. A. (2021). An Update on Clinical Judgment in Nursing and Implications for Education, Practice, and Regulation. *Journal of Nursing Regulation, 12*(3), 50–60. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(21\)00116-2](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(21)00116-2)
- Kinlin, L. M., Oreskovich, S. M., Dubrowski, R., Ball, G. D. C., Barwick, M., Dettmer, E., Haines, J., Hamilton, J., Kim, T. H. M., Klaassen, M., Luca, P., Maguire, J. L., Moretti, M. E., Stasiulis, E., Toulany, A., & Birken, C. S. (2022). Managing Obesity in Young Children: A Multiple Methods Study Assessing Feasibility, Acceptability, and Implementation of a Multicomponent, Family-Based Intervention. *Childhood Obesity, 18*(6), 409–421. <https://doi.org/10.1089/chi.2021.0221>
- Kolb, D. (1984). *Experiential Learning: Experience As The Source Of Learning And Development*. Prentice-Hall, Inc. <http://www.learningfromexperience.com/images/uploads/process-of-experiential-learning.pdf>
- Koletzko, B., Hirsch, N. L., Jewell, J. M., Caroli, M., Da Silva Breda, J. R., & Weber, M. (2018). Pureed fruit pouches for babies: Child health under squeeze. In *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* (Vol. 67, Issue 5, pp. 561–563). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002061>
- Köse, S., & Yildiz, S. (2021). Motivational support programme to enhance health and well-being and promote weight loss in overweight and obese adolescents: A randomized controlled trial in Turkey. *International Journal of Nursing Practice, 27*(1). <https://doi.org/10.1111/ijn.12878>
- Le Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional. Três dimensões a explorar. *Revista Pessoal, 62*(06).
- Lipsky, L. M., Burger, K., Cummings, J. R., Faith, M. S., & Nansel, T. R. (2023). Associations of parent feeding behaviors and early life food exposures with early childhood appetitive traits in an observational cohort study. *Physiology and Behavior, 265*. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2023.114175>

- Lopes, I., Nunes, E., & Brás, A. (2020). Humanização dos cuidados de enfermagem a crianças até idade pré-escolar e família: scoping review. *Cadernos de Saúde*, 12(Número Especial), 85–86. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10275>
- Lopes, J., Freitas, J., Sabino, B., Ribeiro, L., Silva, W., Mattos, C., Machado, P., Machado, T., & Silva, M. L. (2022). A importância da atuação dos cuidadores primários no desenvolvimento ou prevenção da obesidade infantil: uma revisão integrativa. *Global Academic Nursing Journal*. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200187>
- Lutter, C. K., Grummer-Strawn, L., & Rogers, L. (2021). Complementary feeding of infants and young children 6 to 23 months of age. *Nutrition Reviews*, 79(8), 825–846. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuaa143>
- Martinón-Torres, N., Carreira, N., Picáns-Leis, R., Pérez-Ferreirós, A., Kalén, A., & Leis, R. (2021). Baby-led weaning: What role does it play in obesity risk during the first years? A systematic review. In *Nutrients* (Vol. 13, Issue 3, pp. 1–14). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/nu13031009>
- McKenna, L., Shimoinaba, K., & Copnell, B. (2022). Family-centered care and pediatric death in the emergency department: A qualitative study using framework analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 64, 18–23. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.01.013>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*, 23(1), 12–28.
- Mis, N., Braegger, C., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N. D., Hojsak, I., Hulst, J., Indrio, F., Lapillonne, A., Mihatsch, W., Molgaard, C., Vora, R., Fewtrell, M., & ESPGHAN Committee on nutrition. (2017). Sugar in Infants, Children and Adolescents: A Position Paper of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 65(6), 681–696. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001733>

- Murray, R. D. (2017). Savoring Sweet: Sugars in Infant and Toddler Feeding. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 70(3), 38–46. <https://doi.org/10.1159/000479246>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2010). Guias Orientadores de Boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: entrevista ao Adolescente e Promover o desenvolvimento infantil na criança. In *Cadernos OE, Série I: Vol. I* (Issue 3).
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2013a). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. In *Cadernos OE: Vol. Série I* (Issue 6).
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2013b). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015a). Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Guia Orientador de Boa Prática . In *Cadernos OE: Vol. Série I, 1* (Issue n.8).
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros .
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2021). *Infant and young child feeding*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2022). *WHO European Regional Obesity: Report 2022*.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2023). *WHO Guideline for complementary feeding of Infants and Young Children 6-23 months*.
- Organização Mundial da Saúde (OMS), & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2021). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: Definitions and measurement methods*.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*.

- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2021). *Health Promotion Glossary of Terms 2021*.
- Papoutsou, S., Savva, S. C., Hunsberger, M., Jilani, H., Michels, N., Ahrens, W., Tornaritis, M., Veidebaum, T., Molnár, D., Siani, A., Moreno, L. A., & Hadjigeorgiou, C. (2018). Timing of solid food introduction and association with later childhood overweight and obesity: The IDEFICS study. *Maternal and Child Nutrition, 14*(1). <https://doi.org/10.1111/mcn.12471>
- Park, H. Il, Park, H. Y., Yoo, E., Han, A., & Galeoto, G. (2020). Impact of Family-Centered Early Intervention in Infants with Autism Spectrum Disorder: A Single-Subject Design. *Occupational Therapy International, 2020*. <https://doi.org/10.1155/2020/1427169>
- Patel, K. M., & Metersky, K. (2022). Reflective practice in nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge, 33*(3), 180–187. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12350>
- Peixoto, N. M. D. S. M., & Peixoto, T. A. D. S. M. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referencia, 4*(11), 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pérez-Escamilla, R., Yakes Jimenez, E., & Dewey, K. G. (2021). Responsive Feeding Recommendations: Harmonizing Integration into Dietary Guidelines for Infants and Young Children. In *CURRENT DEVELOPMENTS IN NUTRITION* (Vol. 5, Issue 6). <https://doi.org/10.1093/cdn/nzab076>
- Phelps, N. H., Singleton, R. K., Zhou, B., Heap, R. A., Mishra, A., Bennett, J. E., Paciorek, C. J., Lhoste, V. P., Carrillo-Larco, R. M., Stevens, G. A., Rodriguez-Martinez, A., Bixby, H., Bentham, J., Di Cesare, M., Danaei, G., Rayner, A. W., Barradas-Pires, A., Cowan, M. J., Savin, S., ... Ezzati, M. (2024). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2)
- Pietrobelli, A., Agosti, M., Palmer, C., Pereira-Da-Silva, L., Rego, C., Rolland-Cacherà, M. F., & Zuccotti, G. (2017). Nutrition in the first 1000 days: Ten practices to minimize

- obesity emerging from published science. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph14121491>
- Reece-Stremtan, S., Gray, L., Brodribb, W., Noble, L., Brent, N., Bunik, M., Harrel, C., Lawrence, R. A., Marinelli, K. A., Naylor, K., Rosen-Carole, C., Seo, T., Fleur, R. S., & Young, M. (2016). ABM Clinical Protocol #23: Nonpharmacological Management of Procedure-Related Pain in the Breastfeeding Infant, Revised 2016. *Breastfeeding Medicine*, 11(9), 425–429. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.29025.srs>
- Rêgo, C., Lopes, C., Pinto, E., Nazareth, M., & Graça, P. (2013). *Alimentação e Crescimento nos Primeiros Anos de Vida: a propósito do EPACI Portugal 2012*.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In *Diário da República: Vol. 2ª Série* (Issue 26, pp. 4744–4750).
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. In *Diário da República : Vol. 2.ª série* (Issue n.º 133, pp. 19192–19194).
- Resende, A., Charepe, Z., & Figueiredo, H. (2021). Integração da família nos cuidados à criança . In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 341–348). Sabooks Editora .
- Rito, A., Mendes, S., Figueira, I., Faria, M. do C., Carvalho, R., Santos, T., Cardoso, S., Feliciano, E., Silvério, R., Sancho, T., Dinis, A., & Roscôa, C. (2023). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2022*.
- Rodrigues, J. I. B., Fernandes, S. M. G. C., & Marques, G. F. D. S. (2020). Concerns and needs of parents of hospitalized children. *Saude e Sociedade*, 29(2). <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020190395>
- Rosenthal, J. L., Perez, S. L., & Young, H. M. (2023). Contextual factors influencing parents' assessments of family-centred care in the paediatric emergency department: A qualitative study. *Nursing Open*, 10(1), 297–305. <https://doi.org/10.1002/nop2.1304>

- Sari, C., & Altay, N. (2020). Effects of providing nursing care with web-based program on maternal self-efficacy and infant health. *Public Health Nursing, 37*(3), 380–392. <https://doi.org/10.1111/phn.12712>
- Schön, D. (1991). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Ashgate Publishing .
- Schwab, K. (2024). Health Promotion of the Newborn and Family. In M. Hockenberry, E. Duffy, & K. Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th Edition, pp. 196–238). Elsevier .
- Serrano, M. T., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência , III Série*(3).
- Shloim, N., Shafiq, I., Blundell-Birtill, P., & Hetherington, M. M. (2018). Infant hunger and satiety cues during the first two years of life: Developmental changes of within meal signalling. *Appetite, 128*, 303–310. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.05.144>
- Smith, W. (2018). Concept Analysis of Family-Centered Care of Hospitalized Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Nursing, 42*, 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- Spurlock, K., Deave, T., Lucas, P. J., & Dowling, S. (2023). Parental engagement with complementary feeding information in the United Kingdom: A qualitative evidence synthesis. In *Maternal and Child Nutrition* (Vol. 19, Issue 4). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/mcn.13553>
- Thompson, D. L., May, E. J., Leach, M. J., Smith, C. P., & Fereday, J. A. (2023). Applying Learning Principles Within Parent Education: Exploring Nurses' Practice and Parents' Experiences. *Patient Preference and Adherence, 17*, 2949–2970. <https://doi.org/10.2147/PPA.S426043>
- United Nations. (2022). *The Sustainable Development Goals Report 2022*.
- United Nations International Children's Fund (UNICEF). (1989). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

- United Nations International Children's Fund (UNICEF). (2020). *Childhood obesity and its impact on health status in adulthood*. <https://www.unicef.mk>.
- Utami, A. F., Wanda, D., Hayati, H., & Fowler, C. (2020). "Becoming an independent feeder": infant's transition in solid food introduction through baby-led weaning. *BMC Proceedings*, 14. <https://doi.org/10.1186/s12919-020-00198-w>
- Vuorenmaa, M., Halme, N., Perälä, M. L., Kaunonen, M., & Åstedt-Kurki, P. (2016). Perceived influence, decision-making and access to information in family services as factors of parental empowerment: A cross-sectional study of parents with young children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 290-302. <https://doi.org/10.1111/scs.12243>
- Whipps, M. D. M., Yoshikawa, H., Demirci, J. R., & Hill, J. (2022). "Painful, yet Beautiful, Moments": Pathways Through Infant Feeding and Dynamic Conceptions of Breastfeeding Success. *Qualitative Health Research*, 32(1), 31-47. <https://doi.org/10.1177/10497323211032158>