



**Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**  
Relatório de Estágio

**Empoderamento parental para a manutenção do  
aleitamento materno até aos 6 meses**

Parental empowerment for maintaining breastfeeding until 6 months

**Sara Beatriz Anjo Martins**

---

**Lisboa**  
**2024**



**Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**  
Relatório de Estágio

**Empoderamento parental para a manutenção do  
aleitamento materno até aos 6 meses**

Parental empowerment for maintaining breastfeeding until 6 months

**Sara Beatriz Anjo Martins**



Orientadora: Professora Doutora  
Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues



**Lisboa**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*Empowerment, at the end of the day, comes from refocusing health care from the conventional question of "What is the matter with you?" to the modern question of "What matters to you?"*

– Digloia, Clayton and Giarruso in Mary E. Coughlin (2021)

*Para ser grande, sê inteiro: nada  
Teu exagera ou exclui.  
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és  
No mínimo que fazes.  
Assim em cada lago a lua toda  
Brilha, porque alta vive.*

— Ricardo Reis (Fernando Pessoa). In Odes de Ricardo Reis. Revista Presença, nº 37, fevereiro de 1933.

## **Agradecimentos**

Ao André, aos meus pais e aos meus irmãos por todo o apoio a todos os níveis, que permitiram a realização deste sonho!

Ao meu filho por ser uma inspiração! Espero que, no futuro, os meus períodos de ausência para fazer este caminho sejam compreendidos.

À minha família alargada pelo apoio e motivação.

À professora Sónia por me ajudar a ver os pequenos montes que compõem a grande montanha, que foi preciso escalar para chegar aqui. Obrigada pela sua orientação, disponibilidade, calma e excelência! Ajudou-me a crescer enquanto pessoa e Enfermeira.

Aos meus amigos por compreenderem a minha ausência.

Aos meus colegas de curso por tudo o que passamos, pelas partilhas e pelo apoio!

As colegas que me orientaram nos diferentes estágios pelo exemplo, apoio, disponibilidade e incentivo neste percurso de crescimento pessoal e profissional.

A todas as crianças e pais com quem me cruzei durante os estágios e que aceitaram participar nas diferentes atividades que realizei, sem as quais não teria conseguido todo o desenvolvimento que alcancei.

Obrigada!

## Abreviaturas

Direitos da Criança - Convenção sobre os Direitos da Criança

### Lista de siglas

AM - Aleitamento Materno	MESIP – Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
AME - Aleitamento Materno Exclusivo	MPS - Modelo de Promoção da Saúde
CCC - Condições crónicas complexas	MPE - Modelo de Processo de Empoderamento
CCF - Cuidados Centrados na Família	MTCI - Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa
CDE - Código Deontológico dos Enfermeiros,	NACJR - Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco
CDI - Centro de Desenvolvimento Infantil	OE - Ordem dos Enfermeiros
CNT - Cuidados não traumáticos	OLHs- Oligossacáridos do leite humano
CCF - Cuidados Centrados na Família	OMS - Organização Mundial de Saúde
COSI - <i>Childhood Obesity Surveillance Initiative</i>	ONU - Organização das Nações Unidas
CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens	PNS - Plano Nacional de Saúde
CSP - Cuidados de Saúde Primários	PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
DCNT - Doenças Crónicas Não Transmissíveis	PNV - Programa Nacional de Vacinação
DM – Diabetes Mellitus	RN – Recém-nascido
DGS – Direção-Geral da Saúde	SE – Saúde Escolar
EE - Enfermeiro Especialista	SIP - Serviço de Internamento de Pediatria
EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa	SNS - Serviço Nacional de Saúde
ESIP - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	SO - Serviço de Observação
LM – Leite materno	SUP - Serviço de Urgência Pediátrica
	UC - Unidade Curricular
	UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

## Resumo

O Aleitamento materno é a forma mais natural de alimentar um lactente, oferecendo um efeito protetor duradouro contra a obesidade tardia e que afeta positivamente o desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis. Para além destes benefícios, quando é prolongado tem inúmeras outras vantagens para a Criança, mãe e sociedade.

Vários organismos de saúde, nomeadamente a Organização Mundial da Saúde , as Nações Unidas, o Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Direção-Geral da Saúde recomendam o Aleitamento Materno exclusivo até aos 6 meses. No entanto, a prevalência em Portugal ainda está longe das recomendações. Por outro lado, são os pais os responsáveis por tomar decisões informadas sobre a saúde dos filhos.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pelas suas competências de prestação de cuidados complexos e avançados que visam a promoção da saúde e bem-estar e a prevenção de complicações, é um profissional de saúde que pode gerir os cuidados e dar assessoria no sentido de empoderar os pais para a manutenção do AM até aos 6 meses. Por conseguinte, este constitui-se o tema principal deste trabalho.

O relatório tem como objetivo analisar as atividades que decorreram durante os estádios de desenvolvimento de competências de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A metodologia adotada baseia-se no trabalho de projeto, aprendizagem experiencial e na prática reflexiva. A reflexão é sustentada na filosofia de cuidados centrados na família e de cuidados não traumáticos, no referencial teórico do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, no Modelo de Processo de Empoderamento de Cattaneo e Chapman e na evidência.

Este percurso permitiu o desenvolvimento de competências de especialista, a aquisição de novos conhecimentos e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, em especial na área do empoderamento parental para a promoção do Aleitamento Materno.

**Palavras-chave:** Aleitamento Materno; Empoderamento; Parentalidade; Lactente; Enfermagem

## **Abstract**

Breastfeeding (BF) is the most common and natural way to feed an infant, providing long-lasting protection against late-onset obesity and positively influencing the development of non-communicable chronic diseases. Beyond these benefits, prolonged BF offers numerous advantages for the child, mother, and society.

Several health organizations, including the World Health Organization, the United Nations, the United Nations Children's Fund, and the Direção-Geral da Saúde, recommend exclusive BF until six months of age. However, the prevalence of BF in Portugal still falls short of these recommendations. Parents are responsible for making informed decisions about their children's health.

The Paediatric nurse specialist, with their competencies in providing complex and advanced care aimed at promoting health and well-being and preventing complications, is a healthcare professional who can manage care and provide guidance to empower parents to maintain BF until 6 months. Consequently, this constitutes the main theme of this work.

The report aims to analyze the activities that took place during the stages of developing specialized care competencies in Child and Paediatric Health Nursing. The methodology adopted is based on project work, experiential learning, and reflective practice. The reflection is supported by the philosophy of family-centered and atraumatic care, the theoretical framework of Nola Pender's Health Promotion Model, Cattaneo and Chapman's Empowerment Process Model, and evidence.

This journey allowed the development of specialist competencies, the acquisition of new knowledge, and the improvement of the quality of care provided, especially in the area of parental empowerment for the promotion of BF.

**Keywords:** Breastfeeding; empowerment; Parenting; Infant; Nursing

# Índice

Introdução .....	11
1. Enquadramento Teórico-Conceptual.....	14
1.1. Aleitamento Materno: um investimento na saúde sustentável.....	14
1.2. Parentalidade.....	18
1.3. Empoderamento Parental.....	20
1.4. Referenciais teóricos de Enfermagem .....	23
1.4.1. Cuidados centrados na família.....	24
1.4.2. Cuidados não traumáticos.....	25
1.4.3. Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.....	25
2. Objetivos.....	28
3. Metodologia .....	29
4. Análise Reflexiva Do Percurso Formativo .....	31
4.1. Contextos de estágio.....	31
4.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	32
4.2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal .....	33
4.2.2. Melhoria contínua da qualidade .....	34
4.2.3. Gestão dos cuidados .....	37
4.2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	39
4.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.....	40
4.3.1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde .....	40
4.3.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade .....	45
4.3.3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem .....	50
4.4. Competências de mestre .....	58
5. Considerações Finais e Projetos Futuros .....	59
Referências Bibliográficas.....	61

## **Índice de Apêndices**

- Apêndice I – Mapa Conceptual
- Apêndice II – Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem
- Apêndice III – Cronograma
- Apêndice IV – Descrição dos contextos de estágio
- Apêndice V – Guia orientador das atividades de estágio
- Apêndice VI – Normas de procedimentos
- Apêndice VII – Projeto desenvolvido em Neonatologia
- Apêndice VIII – Documento para avaliação das intervenções de educação para a saúde
- Apêndice IX – Recursos da comunidade do contexto de Cuidados de Saúde Primários
- Apêndice X – Reflexão no âmbito do contexto de Cuidados de Saúde Primários
- Apêndice XI – Protocolo de revisão sistemática da literatura qualitativa “A experiência de pais de crianças com excesso de peso ou obesidade nos cuidados de saúde primários”
- Apêndice XII – A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na adaptação da parentalidade em situação de diagnóstico inaugural de uma doença crónica: estudo de caso
- Apêndice XIII – Reflexão no âmbito do contexto de Centro de Desenvolvimento Infantil
- Apêndice XIV – Grelha de observação dos determinantes do Aleitamento Materno
- Apêndice XV – Folhetos no âmbito do Aleitamento Materno
- Apêndice XVI – Pósteres no âmbito do Aleitamento Materno
- Apêndice XVII – Tabela resumo de diferentes recursos materiais para o Aleitamento Materno

## **Índice de Anexos**

- Anexo I – Webinar: “Desafios à Responsabilidade profissional do Enfermeiro na atualidade”
- Anexo II – 10 Medidas para ser considerado Hospital Amigo dos Bebés
- Anexo III – Evento Científico internacional “Encontro com Dra. Jean Watson”
- Anexo IV – Webinar: “Cuidar de crianças maltratadas Intervenção na comunidade”
- Anexo V – Seminário do projeto NIDCare: Prática Baseada na Evidência na Seleção das Técnicas de Alimentação Oral do Recém-nascido
- Anexo VI - Aula Aberta - “Diversidade de género em crianças e jovens- que desafios éticos enfrenta o Enfermeiro especialista?”

## **Índice de Figuras**

- Figura 1 – Modelo Integrativo da Parentalidade de Hoghughy ..... 19
- Figura 2 – Modelo de Processo de Empoderamento de Cattaneo e Chapman .....21

Figura 3 – Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (revisto).....27

## Introdução

No âmbito da unidade curricular (UC) Estágio com Relatório do 1.º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP) surge este trabalho, que tem como finalidade a demonstração do desenvolvimento das competências técnicas, científicas e humanas inerentes ao grau de mestre<sup>1</sup> e às competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP)<sup>2</sup>, cumprindo as recomendações da Ordem dos Enfermeiros ([OE], 2021) conducentes ao título profissional de Especialista.

Para tal, faz-se uma análise crítica e reflexiva das aprendizagens e do percurso formativo realizado nas UCs de Estágio e de Estágio com Relatório. Ao longo de todo este processo procurei pôr em prática a minha experiência e os diferentes saberes empírico, científico, ético e pessoal (Serrano et al., 2011), que fui adquirindo ao longo dos anos na área da saúde infantil através do estudo, da participação em formações, conferências, juntamente com os novos conhecimentos adquiridos neste mestrado. Esta aplicação prática implicou a compreensão, o juízo e adaptação intencional das intervenções às situações, ou seja, o desenvolvimento de competências (Alarcão & Rua 2005). A experiência profissional que o desenvolvimento de competências implica é também o que permite alcançar a perícia (Benner et al., 2001).

Após 12 anos de experiência profissional como Enfermeira a trabalhar em contexto de unidade de saúde de Cuidados de Saúde Primários (CSP), maioritariamente na área da saúde infantil, sempre com grande interesse e investimento em formações em aleitamento materno (AM) e depois de ter sido mãe e de ter alcançado o meu objetivo de amamentação prolongada, em sintonia com as minhas necessidades e as do meu filho, decidi procurar dar resposta a uma inquietação que me tem surgido: como empoderar as famílias para a manutenção do AM (quando é esta a sua escolha informada) pelo período recomendado pelos vários organismos de saúde, nomeadamente a Organização Mundial de Saúde (OMS), as Nações Unidas, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Direção-Geral da Saúde (DGS)?

No sentido de promover o AM, é importante contextualizar que tendo em conta que o estágio de lactente se refere ao primeiro ano de vida (Cain, 2024), a criança ainda não é

---

<sup>1</sup> Decreto-Lei n.º 65/2018

<sup>2</sup> Regulamento n.º 140/2019 e Regulamento n.º 422/2018

autónoma para tomar decisões, recaindo as mesmas sobre os pais ou cuidadores, de acordo com o artigo 1878º do Código Civil no ponto 1<sup>3</sup> e o artigo 18º da Convenção sobre os Direitos da Criança (doravante Direitos da Criança)<sup>4</sup>. Deste modo, o Enfermeiro tem um papel fundamental de acordo com o seu código deontológico de defender, promover e respeitar o direito ao consentimento informado<sup>5</sup> (respeitando a autodeterminação dos pais/cuidadores enquanto representantes do lactente, garantindo a liberdade e autonomia). De igual forma, garantindo o artigo 24º consagrado nos Direitos da Criança, alínea e) “Assegurar que (...) os pais (...), sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde e (...) as vantagens do aleitamento materno (...)” (Comité Português para a UNICEF, 2019, p. 21).

A alimentação do lactente através do AM é um recurso para um estilo de vida saudável, uma opção recomendada por vários órgãos nacionais e internacionais. No entanto, de acordo com os dados existentes em Portugal, a sua prevalência tem vindo a diminuir, em especial no que diz respeito ao aleitamento materno exclusivo (AME) até aos 6 meses de idade, indicativo de um desmame precoce significativo (Orfão et al., 2014; Rito et al., 2021, 2023). Os pais/cuidadores têm o controlo sobre a decisão e a ação a tomar relativamente à alimentação, que deve, no entanto, ser informada, cabendo ao Enfermeiro e em especial ao EEESIP o seu empoderamento.

O empoderamento parental é considerado por Ashcraft et al. (2019) como um processo que permite aos pais aumentar o poder de decisão e o seu controlo sobre ações que afetam a saúde dos seus filhos. Considerando assim o tema do empoderamento parental para a manutenção do AM, surgiu o projeto de estágio que deu origem a este relatório que se intitula: **Empoderamento parental para a manutenção do aleitamento materno até aos 6 meses**, apoiado no previsto pelo regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem da OE (2015) que destacam a importância da promoção de saúde, como forma de ajudar a alcançar o potencial máximo de saúde da Criança, nunca esquecendo o respeito pela cultura e crenças da Criança e família; e destacam igualmente o bem-estar e o auto cuidado através, entre outras, do desenvolvimento de intervenções que fomentem a promoção da amamentação (Regulamento n.º 351/2015). Na

---

<sup>3</sup> “Compete aos pais, no interesse dos filhos, velar pela segurança e saúde destes, (...) representá-los, ainda que nascituros (...)” (Decreto-lei n.º 47344, 1966)

<sup>4</sup> “(...) os pais têm uma responsabilidade comum na educação e no desenvolvimento da criança” (Comité Português para a UNICEF, 2019)

<sup>5</sup> artigo 105º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (Lei n.º 156/2015, 2015)

linha dos Padrões de Qualidade, também as Competências Específicas do EEESIP salientam a importância de se procurar constantemente momentos para se promover comportamentos potenciadores de saúde e da promoção do vínculo, através da promoção do AM (Regulamento n.º 422/2018).

Considerando o exposto anteriormente, definiram-se como objetivos gerais: 1) Desenvolver competências comuns e específicas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP) no cuidado à criança, ao jovem e à família, nos processos de saúde e doença nos diferentes contextos de saúde; 2) Desenvolver competências especializadas no empoderamento parental para a promoção da manutenção do AM até aos 6 meses.

Para garantir a confidencialidade e a proteção de dados, considerando que o presente documento foi elaborado para ser futuramente apresentado ao público, não será revelado o nome das instituições nem de nenhum dos intervenientes. Ao longo deste trabalho sempre que se usa o termo Criança (escrito com inicial maiúscula) significa o seu sentido lato, referindo-se a todos os estádios de desenvolvimento (recém-nascido (RN), lactente, toddler, pré-escolar, criança, adolescente). Da mesma forma o termo família, por vezes tem em consideração responsáveis legais de Crianças, mesmo que sem relações familiares.

Este relatório foi elaborado em conformidade com as normas da *American Psychological Association* 7ª Edição (2021) e encontra-se dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo serão definidos e explorados os conceitos de: AM (justificando a problemática), Parentalidade e Empoderamento parental; e será feita a articulação com os referenciais que sustentam este relatório, filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF), dos Cuidados não Traumático (CNT) e Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender (articulados no mapa conceptual — Apêndice I). No segundo capítulo constam os objetivos e no terceiro a metodologia. No capítulo seguinte são descritas as atividades realizadas e competências desenvolvidas ao longo do percurso formativo, analisando-as de forma crítica, reflexiva e baseada na evidência. O quinto capítulo diz respeito às considerações finais e perspetivas para o futuro.

## 1. Enquadramento Teórico-Conceptual

Neste primeiro capítulo apresentam-se os principais conceitos e referenciais teóricos, que sustentaram as intervenções e atividades desenvolvidas para a realização deste relatório. Este enquadramento resulta de uma revisão da literatura relacionada com o tema em estudo. Inicia-se com a exploração e articulação do conceito inerente à problemática, o AM, que deve ser promovido<sup>6</sup> enquanto determinante de uma saúde sustentável, com vantagens para a Criança, mãe e sociedade (OMS, 2021b; Pérez-Escamilla et al., 2023; Victora et al., 2015, 2016a).

De seguida, aprofundam-se os conceitos de parentalidade e empoderamento parental, relevantes para nortear a intervenção do EEESIP na manutenção do AM. Com efeito, para favorecer o desenvolvimento do exercício da parentalidade, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil ([PNSIJ], 2013) refere como prioritário que os profissionais de saúde intervenham no sentido de motivar as famílias, de modo a permitir escolhas informadas e de facilitar e promover a assunção da parentalidade como direito e dever. Ao exercerem a parentalidade, os pais/cuidadores têm o controlo sobre as decisões e ações a tomar que afetam a saúde dos filhos. Empoderar é o processo que permite aumentar este poder (Ashcraft et al., 2019; Cattaneo & Goodman, 2015; Gago et al., 2022).

Por fim, apresentam-se os conceitos de CCF, CNT e o MPS de Nola Pender enquanto filosofias e modelos norteadores da prática da ESIP e deste relatório.

### 1.1. Aleitamento Materno: um investimento na saúde sustentável

O AM é a forma normal e mais natural de um lactente se alimentar (Genna, 2017; Sandes et al., 2007). Isto deve-se ao facto de sermos mamíferos, mas só na década de 70 na literatura científica da Medicina Ocidental, o obstetra francês Odent descreve a habilidade inata dos RN, através do reflexo busca e sucção na primeira hora de vida, de procurar e encontrar a mama da mãe e começar a mamar — mais tarde conhecido por *Breast crawl* ou *Infant self-attachment* (Smillie, 2017). Uns anos depois, um pediatra salienta que todas as espécies de mamíferos têm o mesmo ciclo reprodutivo - gravidez e AM (Victora et al., 2016b). O AM é um processo integrante da nossa biologia, em que acontecem permutas bioquímicas (libertação de hormonas, como a ocitocina), físicas e psicossociais que não servem apenas para alimentar

---

<sup>6</sup> Critério de Avaliação “E3.2.5. Promove a amamentação” (Regulamento n.º 422/2018)

(Raju, 2011); e é um momento de diálogo dinâmico e bidirecional com a intenção de construir um vínculo psicossocial durável entre a mãe e a Criança (Linde et al., 2020).

Igualmente, sabe-se que, entre outros, o AM tem um efeito protetor duradouro contra a obesidade tardia e que afeta o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis ([DCNT], Rito et al., 2021; Victora et al., 2016b). Ou seja, reduz a probabilidade de ter excesso de peso ou obesidade (Horta et al., 2023) e alguns dos estudos salientam ainda que, a duração do AM (se é mais de 6 meses ou menos) tem influência positiva ou negativa no Z-score do Índice de Massa Corporal na primeira infância (Zheng et al., 2020, 2021).

Para além do impacto nas DCNT, quando o AM é prolongado (ou seja, por mais de 6 meses) tem inúmeras outras vantagens para a Criança, mãe e sociedade (OMS, 2021b; Pérez-Escamilla et al., 2023; Victora et al., 2015, 2016a). Principalmente destaca-se:

- Para a Criança: com o início precoce do AM há um menor risco de morbidade e mortalidade devido a infeções adquiridas; menor ocorrência de más oclusões dentárias, e promoção do desenvolvimento cerebral (Pérez-Escamilla et al., 2023; Victora et al., 2016a). E, um estudo desenvolvido por Victora e colaboradores (2015) encontrou uma associação positiva entre a duração do AM e o QI e a duração do AM e os rendimentos na vida adulta. Há também estudos que reportam um menor risco de Diabetes Mellitus (DM) e obesidade (Horta et al., 2023), melhoria das respostas sócio afetivas, das competências linguísticas e das capacidades de memorização; e apesar da controvérsia, com base em vários achados, deve considerar-se a relação entre a amamentação e a qualidade do apego mãe-bebé (pelo menos parcialmente) na sensibilidade materna aos sinais do filho (infant cues) (Krol & Grossmann, 2018);
- Para a mãe: aumenta o espaçamento entre partos e parece diminuir o risco de DM, de doenças cardiovasculares, de cancro dos ovários e da mama (Pérez-Escamilla et al., 2023; Victora et al., 2016a). Pode, também, ativar os recetores de recompensa da mãe, que pode promover o apego materno (Jansen et al., 2008);
- Para a sociedade: benefícios económicos pela poupança com a morbidade e mortalidade evitadas; pela poupança na produção de substitutos do leite materno (LM) (McFadden et al., 2016); pela poupança devido à redução no impacto ambiental (Bai & Alsaïdi, 2024); pelos ganhos económicos decorrentes do aumento cognitivo das crianças (Pérez-Escamilla et al., 2023); é um investimento rentável e inteligente (Hansen, 2016) e contribui para alcançar os objetivos de desenvolvimento sustentável (Pérez-Escamilla et al., 2023; Victora et al., 2016a).

Todas estas vantagens só são possíveis devido ao LM que é um alimento completo e vivo, perfeitamente adaptado a cada criança e adequado a quase todas as crianças. É uma fonte de nutrição e de defesas, uma vez que: (a) é constituído por elementos do microbioma e da resposta imunitária da mãe e por prebióticos, como os oligossacáridos do leite humano (OLHs), que favorecem o crescimento de bactérias benéficas para o intestino, como a *Bifidobacterium longum biovar infantis* que permitem usar os OLHs; (b) tem uma maior variedade de açúcares que outros mamíferos; (c) existe interação entre o LM e o microbioma do lactente que potencia e melhora o metabolismo e a imunidade infantil; e (d) é diretamente afetado pela epigenética (Victora et al., 2016a). Contudo, está dependente de fatores maternos como a dieta, ambiente e genética, e de fatores infantis como idade gestacional, tamanho e saúde (Christian et al., 2021). Mas, independentemente de todas as influências, pode ser considerado o medicamento mais especificamente personalizado que as Crianças podem receber numa fase tão importante de aperfeiçoamento da expressão genética (Victora et al., 2016a).

No entanto, na segunda metade do século XX, a cultura ocidental perdeu a confiança de que o parto e o AM funcionam, já que é cada vez menor o contacto e as memórias sobre esta prática (Glover & Wiessinger, 2017). Nos últimos anos, porém, o AM ganhou destaque nos vários documentos reguladores. Em 2016, todos os estados-membros das Nações Unidas se comprometeram com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável que tem 17 objetivos gerais e vários específicos, salientando-se dois deles: o “2.1 garantir que as crianças tenham uma alimentação de qualidade, nutritiva e suficiente durante todo o ano” (Organização das Nações Unidas [ONU], 2016, p. 4) e o “3 garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar de todos, em todas as idades” (ONU, 2016, p. 6)”, sendo o AM inerente.

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030, para além dos objetivos anteriores, que estão implícitos, visa igualmente a saúde sustentável, através da promoção, proteção, prevenção e cuidados de alta qualidade. Neste sentido, já desde 2013 que também o PNSIJ incentiva à promoção de comportamentos promotores de saúde, nomeadamente o AM (DGS, 2013). Identicamente, as estratégias propostas pelo Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2022) são, entre outras: que os profissionais de saúde sejam capacitados para a promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade; e que o AM seja incentivado e promovido. Mais especificamente, que até 2030 as crianças e adolescentes tenham menos 5% de prevalência de excesso de peso e obesidade, e que a taxa

de AME até aos 6 meses, suba para pelo menos 50% (DGS et al., 2022). A par das recomendações da UNICEF e OMS (2022) que, com maior ambição, pretendem atingir o mesmo valor até 2025 ou 70% até 2030 ( Global Breastfeeding Collective, 2023).

Assim, importa conhecer qual a prevalência do AM em Portugal. Das crianças que participaram nos estudos COSI (2021 e 2022), nascidas entre 2011 e 2013, apenas 19,1% mantiveram AM até aos 4 ou 6 meses; entre 2014 e 2016, este valor desceu para 18,6% (Rito et al., 2021, 2023). De acordo com o último relatório do Observatório do AM (2014), referente a 2013, feito com base nos dados colhidos no Serviço Nacional de Saúde (SNS), apenas 41,1% dos lactentes foram amamentados em exclusivo até aos 6 meses. Os dados mais recentes, referentes ao estudo de Branco et al. (2023), relativos a 2019 e à área metropolitana de Lisboa, revelam que apenas 25,6% dos lactentes mantiveram AME até aos 6 meses. Em suma, de acordo com os poucos dados disponíveis, aparentemente há ainda um grande número de lactentes que têm um desmame precoce, ou seja, deixam de mamar antes dos 6 meses (UNICEF, 2016).

Posto isto, é essencial perceber quais são os determinantes do AM. De acordo com os estudos realizados em diversos países, como Portugal Al Shahrani et al. (2021); Araújo et al (2020); Duarte et al. (2022); Fraga et al. (2020); Nass et al. (2021); Pérez-Escamilla et al. (2023); Rollins et al. (2016); Sandes et al. (2007); Silva (2013), entre outros, apresenta-se um resumo dos principais determinantes para a manutenção do AM, agrupados em quatro grupos principais, desenvolvidos de acordo com as várias propostas dos autores consultados:

a) INDIVIDUAIS MATERNOS: conhecimentos sobre as vantagens e desvantagens do AM, experiência anterior de amamentação, hipogalactia/perceção materna de hipogalactia, desconfortos/dor ao amamentar, perceção de autoeficácia a amamentar, perceção de causar desconforto no filho, escolaridade, estatuto socio económico, hábitos tabágicos, entre outros (Araújo et al., 2020; Duarte et al., 2022; Nass et al., 2021; Pérez-Escamilla et al., 2023; Rollins et al., 2016; Sandes et al., 2007; T. Silva, 2013)

b) INDIVIDUAIS INFANTIS: prematuridade, baixo peso, hipotonia, anquiloglossia, qualidade da pega, início tardio do AM, internamentos, uso de chucha, entre outros (Al Shahrani et al., 2021; Fraga et al., 2020; Pérez-Escamilla et al., 2023; Rollins et al., 2016; Sandes et al., 2007; Silva, 2013);

c) AMBIENTAIS: relacionados com os serviços e sistemas de saúde (pouco conhecimento dos profissionais sobre AM, pouco apoio, pouco acompanhamento pré natal), relacionados com a família e comunidade (falta de rede de suporte, falta de apoio

do parceiro, crenças e mitos), relacionados com o trabalho (falta de condições no trabalho para amamentar/extrair, desconforto da mãe/colegas) (Al Shahrani et al., 2021; Duarte et al., 2022; Pérez-Escamilla et al., 2023; Rollins et al., 2016; Sandes et al., 2007; Silva, 2013);

d) ESTRUTURAIS: sociedade em que a família se insere, a cultura, as leis e políticas, mercado de substitutos de LM, entre outros (Bai & Alsaidi, 2024; Nass et al., 2021; Rollins et al., 2016; Sandes et al., 2007; Silva, 2013).

Da análise destes fatores depreende-se que os profissionais de saúde têm uma intervenção imprescindível para a promoção do AM que não pode ser alcançado apenas através da preparação técnico científica, mas também de uma visão humana e holística que entenda os fatores emocionais, culturais e sociais envolvidos na lactação (Dantas et al., 2020). Porque o AM não é só da responsabilidade materna, são importantes a nível da população melhores práticas de AM, que podem ser alcançadas através de uma abordagem coletiva multinível, na sociedade em todo o modelo socio ecológico e em diferentes contextos (Pérez-Escamilla et al., 2023).

No entanto, salienta-se que há algumas situações muito específicas em que o LM é contraindicado e que a decisão de como alimentar o lactente é complexa e multifatorial (Sandes et al., 2007), sendo os pais e cuidadores quem tem o dever e o poder para decidir, devendo esta ser uma decisão informada.

## **1.2. Parentalidade**

A Parentalidade é um foco de enfermagem, descrito na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 2019 por tomar conta, o que implica que os pais assumam responsabilidades<sup>7</sup>; é a interiorização das expectativas, quanto ao papel parental, pelo próprio, as pessoas próximas e a sociedade; e são os comportamentos destinados a ajudar que o RN se integre na família, e a otimizar o desenvolvimento e crescimento das Crianças (ICN, 2019). Figueiredo (2021), Nelas e colaboradores (2015), mencionam que a Parentalidade engloba comportamentos, cognições, emoções e representações criadas que têm o potencial de promover o bem-estar e a saúde das crianças, ou impedir que o desenvolvimento físico e emocional tenha repercussões futuras significativas a nível social e da saúde. A qualidade da parentalidade é um importante determinante do bem-estar, saúde e desenvolvimento da Criança (B. Figueiredo, 2021).

---

<sup>7</sup> Que constam dos Direitos da Criança e do Código Civil.

De acordo com Cruz (2013), a parentalidade é um conceito que pode ser abordado tanto na perspectiva das crianças, como na perspectiva dos pais, ou de acordo com fatores extrafamiliares, e pode ser definido como as medidas que os pais ou cuidadores tomam para promover o desenvolvimento pleno dos seus filhos, empregando os recursos disponíveis dentro e fora da família, bem como na comunidade. Porém, dada a complexidade inerente, são vários os autores a referir que esta é uma tarefa de grande responsabilidade, uma das mais complexas e desafiantes dos seres humanos, que se vai desenvolvendo e mudando ao longo do ciclo de vida e das fases de desenvolvimento da criança (Nelas (coord.) et al., 2015). Frade et al. (2021) acrescenta que o Enfermeiro tem um papel fundamental no apoio da transição para a parentalidade.

Hoghughi (2004) é um dos autores que reconhece a grande diversidade e complexidade de práticas parentais, e por isso propõe um modelo que permite avaliá-las individualmente em cada família, mas também avaliar a construção de programas de suporte parental — o Modelo Integrativo da Parentalidade. Considera, igualmente, a parentalidade, enquanto atividade, processo e interação, que tem como objetivo assegurar a sobrevivência e

desenvolvimento da Criança; menciona também que é praticada por Enfermeiros, professores e outros cuidadores. No modelo que propõe, a parentalidade é dividida em três dimensões, cada uma com subdimensões (enunciadas na Figura 1), que entre todas permitem determinar as capacidades e competências parentais:

PARENTALIDADE		
Atividades parentais	Áreas Funcionais	Pré Requisitos
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Cuidados físicos, emocionais e sociais</li> <li>•Controlo</li> <li>•Desenvolvimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Saúde Física</li> <li>•Funcionamento educativo e intelectual</li> <li>•Comportamento Social</li> <li>•Saúde Mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Conhecimentos e compreensão</li> <li>•Motivação</li> <li>•Recursos               <ul style="list-style-type: none"> <li>•Qualidades</li> <li>•Competencias</li> <li>•Rede social</li> <li>•Recusos materiais</li> </ul> </li> <li>•Oportunidade</li> </ul>

- *Atividades Parentais* - os elementos básicos e suficientes para a parentalidade;
- *Áreas Funcionais* - aspetos principais do funcionamento da criança e que requerem vigilância parental;

Nota 1 – Traduzido e Adaptação de Hoghughi (2004). Parenting - An Introduction [e-book]. In Hoghughi & Long (Eds.), *Handbook of Parenting: Theory and Research for practice* (pp. 1–18). SAGE Publications Ltd.

- *Pré-requisitos* - aspetos necessários para o desempenho da parentalidade.

Todos os domínios do modelo de Hoghughi são fundamentais ao desempenho da parentalidade. No entanto, a atuação por parte do Enfermeiro no domínio dos pré requisitos

é a que se espera que possibilitará o desenvolvimento da atividade parental amamentação, por permitir empoderar os pais ou identificar as dificuldades no que diz respeito mais especificamente à manutenção do AM, nomeadamente nas dimensões: *conhecimentos e compreensão* necessários à identificação das necessidades relacionadas com o AM; *motivação*, desejo e compromisso dos pais para manter e melhorar a qualidade de vida da criança através do AM; *recursos*, competências e qualidade parentais, recursos económicos e redes sociais de apoio ao AM; e *oportunidades* enquanto condicionantes que impactam a parentalidade (por exemplo dificuldades na amamentação). Assim, este domínio permitirá trabalhar aspetos fundamentais ao empoderamento dos pais para que se sintam com mais controlo sobre as decisões a tomar no que diz respeito aos restantes domínios. Nomeadamente, o AM pode ser incluído enquanto fundamental para cuidados físicos, emocionais e sociais, e segundo os estudos referidos anteriormente, potencia o funcionamento educativo e intelectual, e melhora as respostas socio-afetivas inerentes ao comportamento social.

Hoghughy aborda, igualmente, que a motivação dos pais e as respostas dos filhos à parentalidade são afetadas pelo autoconceito presunções, que por sua vez são afetados pelo contexto que influencia a auto percepção, que se vai alterando em cada estágio do desenvolvimento. Esta auto percepção, de acordo com Bandura (1994), é fundamental para a construção do conceito de autoeficácia, um conceito central ao empoderamento que de seguida se aprofunda.

### **1.3. Empoderamento Parental**

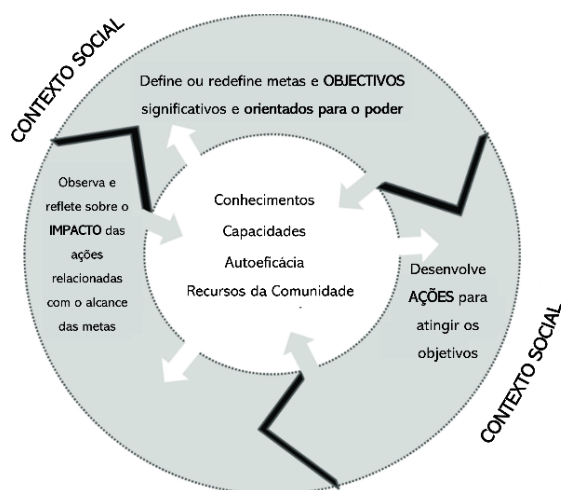
O conceito empoderamento, mais conhecido pelo termo inglês *empowerment*, já existe na área social desde os anos 60 e na perspetiva da autoajuda desde os anos 70. Em meados dos anos 80, a OMS, na Carta de Ottawa (OMS, 1986), usa *empowerment* como o conceito central à promoção da saúde. Mais de 10 anos depois, o conceito é definido no Glossário de Promoção de Saúde como um processo da promoção da saúde em que as pessoas ganham mais controlo sobre as suas decisões e ações que afetam a sua saúde (OMS, 1998). Recentemente, o comentário à definição foi atualizado para incluir a interligação e reciprocidade entre o *empowerment* individual e comunitário (OMS, 2021a).

Contudo, desde a Carta de Ottawa, diversos outros autores têm tentado definir e usar com eficácia este conceito (Earle et al., 2022), tendo muitos concluído que é um conceito difícil de definir, mais fácil de compreender através de termos que expressam a sua ausência, ou

associado a termos como partilha de poder, facilitar ou tornar possível, sistemas de suporte e autoeficácia. Outros autores consideram que é um processo durante o qual as pessoas tomam controlo sobre os fatores que afetam as suas vidas e que supõe o desenvolvimento e aplicação dos conhecimentos, competências e confiança (Hermansson & Mårtensson, 2011). Noutra perspetiva, o *empowerment* é também considerado dinâmico e pode ser um objetivo individual de busca pelo controlo sobre os determinantes para a qualidade de vida; ou ser visto enquanto processo (forma como a pessoa fica empoderada) e como resultado (as consequências desse processo) (Tengland, 2008; Zimmerman, 1995).

Em 2010, Cattaneo & Chapman, com o intuito de apresentar uma definição englobante, que fosse precisa e consistente e aplicável aos vários domínios, desenvolveram um Modelo de Processo de Empoderamento (MPE) que engloba diversos significados do termo, nomeadamente como resultado e como processo circular e interativo entre o contexto social

**Figura 2** – Modelo de Processo de Empoderamento de Cattaneo e Chapman



*Nota 2:* Traduzido e adaptado de Cattaneo & Goodman (2015). What is empowerment anyway? A model for domestic violence practice, research, and evaluation. *Psychology of Violence*, 5(1), 84–94.

e a pessoa que quer alcançar poder. Para tal, a pessoa estabelece ou redefine um objetivo pessoal orientado para o poder, toma medidas para o alcançar, observa e reflete sobre o impacto dessa ação e volta se necessário a definir um objetivo. Para isso, é central a autoeficácia, conhecimentos, competências, recursos e suporte comunitário da pessoa (Brodsky & Cattaneo, 2013; Cattaneo & Chapman, 2010; Cattaneo & Goodman, 2015). Por ser um modelo atual e englobante optou-se por utilizar o mesmo como referência ao longo deste trabalho.

Em Portugal, para a Enfermagem, este conceito é transversal nas competências do Enfermeiro de cuidados gerais, em vários critérios de competência em que se salienta que o Enfermeiro deve dar poder ao cliente de cuidados (Regulamento n.º 190/2015). Durante este processo de o Enfermeiro dar poder aos seus clientes enquanto cuida, em paralelo ocorre o empoderamento dos próprios Enfermeiros, o que salienta a interligação entre empoderamento e o conceito de cuidar (Hermansson & Mårtensson, 2011).

No domínio da parentalidade, apesar de haver pouca investigação, a que existe parece demonstrar que empoderar famílias leva a que estas tenham mais e melhor coesão e relações familiares e adiram melhor ao regime de saúde (Ramos, 2020). e o MPE transparece nas definições do conceito de empoderamento parental. Este modelo é sugerido por Borges Rodrigues (2022) como orientador da intervenção dos Enfermeiros no âmbito da promoção da saúde.

No contexto da saúde infantil muitas vezes o alvo do empoderamento são os pais, dado que recai sobre eles a responsabilidade de cuidar da criança (Ashcraft et al., 2019), de acordo com o já referido ponto 1 do artigo 1878º do Código Civil. Assim, estes autores criaram um modelo conceptual com base numa revisão da literatura, que inclui os principais antecedentes, consequências e suas relações com o contexto. Neste modelo apresentam o empoderamento parental baseando-se na definição de empoderamento de pacientes da OMS:

como o processo através do qual os pais são capazes de aumentar o controlo que têm sobre as decisões e ações que afetam a saúde dos seus filhos (...) relaciona-se com vários outros tópicos que têm recebido uma atenção crescente nos últimos anos, tais como cuidados centrados na família, tomada de decisões partilhada, e envolvimento familiar (Ashcraft et al., 2019, p. 200 Traduzido)<sup>8</sup>

Gago e colaboradores (2022) definem o empoderamento parental de forma muito idêntica a Ashcraft et al. (2019) e acrescentam, com base em diferentes autores, que inclui consciência crítica, empoderamento de recursos e empoderamento relacional. Isto significa que os pais reconhecem os fatores que afetam a saúde das crianças, sabem como aceder a recursos para apoiar a saúde infantil e usam as suas relações pessoais para promover essa saúde. Os pais expressam essa postura desenvolvendo uma consciência do seu contexto socioecológico único, reconhecendo os recursos disponíveis e aceitando relações benéficas para a promoção da saúde infantil. O empoderamento parental surge da combinação de três domínios centrais para a parentalidade positiva: a crença dos pais (por exemplo, autoeficácia), competência (por exemplo, conhecimento sobre saúde infantil) e comportamento (por exemplo, ações tomadas para promover a saúde infantil).

Para empoderar famílias, Dunst & Espe-Sherwindt (2016) referidas por Borges Rodrigues et al. (2021), propõem dois tipos de práticas principais, mediadas pela perceção da competência, da confiança e da autoeficácia dos pais. **Práticas relacionais centradas na**

---

<sup>8</sup> "Parent empowerment can be defined as the process through which parents are able to increase the control they have over decisions and actions affecting their child's health (...) relates to several other topics receiving growing attention in recent years, such as family-centered care, shared decision making and family engagement".

**família** que incluem a escuta ativa, respeito, empatia, compaixão, pensamentos positivos e sensibilidade para com as forças, capacidades e valores dos membros da família. **Práticas participadas centradas na família** em que as intervenções devem ser individualizadas, flexíveis e de acordo com as prioridades e preocupações da família, envolvendo-a na tomada de decisão e estimulando a mobilização de forças e habilidades existentes, o desenvolvimento de novas capacidades e a procura de suporte, recursos e serviços que melhorem as suas circunstâncias de vida.

Borges Rodrigues et al. (2022) salientam ainda que o empoderamento implica o reconhecimento de que as crianças e famílias são parceiros de cuidados. Ashcraft et al. (2019) reforçam que o objetivo do empoderamento parental é colocar a criança e família no centro dos cuidados (CCF), para levar à melhoria dos cuidados de saúde. Desta forma, promove-se cuidados baseados na evidência e de acordo com a filosofia de CCF.

Neste sentido, usando o MPE pretende-se promover em conjunto com as famílias, a definição do objetivo de manter o AM até aos 6 meses (com base numa escolha informada e desejada pelas famílias), mobilizando práticas relacionais e participadas centradas na família, para que este objetivo seja atingido. Paralelamente, e sempre que necessário, reavaliando o impacto destas práticas com as famílias, para perceber se vai ser possível o alcance da meta do AM até aos 6 meses. Desta forma, pretende-se contribuir para o empoderamento dos pais, que vise promover o máximo potencial de saúde da criança.

#### **1.4. Referenciais teóricos de Enfermagem**

As filosofias e teorias de enfermagem são fundamentais para orientar a prática e o estudo de enfermagem. Filosofias de enfermagem fornecem uma visão ampla e abrangente que ajuda a compreender os valores fundamentais, as crenças e os princípios da enfermagem (Alligood, 2022). Por outro lado, teorias de enfermagem são noções ou ideias que explicam as experiências, interpretam as observações, ajudam a articular o conhecimento, descrevem relações e sugerem resultados (Smith & Parker, 2020). Ambas servem como referenciais teóricos que sustentam o desenvolvimento de competências. No âmbito da ESIP e para o desenvolvimento deste trabalho optei pelos CCF, CNT e pelo MPS da Nola Pender que se abordam nos próximos subcapítulos.

### **1.4.1.Cuidados centrados na família**

Os CCF são uma abordagem que permite o planeamento, operacionalização e avaliação dos cuidados de saúde e do contexto, para que se compreenda melhor os comportamentos de saúde dos indivíduos e se promova os processos de adaptação à doença. Para além do contexto, são também avaliados aspetos estruturais, funcionais e do desenvolvimento da família que permitem nortear a intervenção (Ashcraft et al., 2019; Institute for Patient-and Family-Centered Care, n.d.; Nelas (coord.) et al., 2015).

O *Institute for Patient-and Family-Centered Care (n.d.)* salienta que CCF é trabalhar com as famílias, em vez de fazer tudo por elas e para elas, porque está alicerçado à parceria entre os profissionais de saúde, as Crianças e as famílias. O importante é promover a saúde e o bem-estar, mas de forma que a Criança/família mantenha o poder (daí a importância do empoderamento familiar). Os principais princípios são Respeito e Dignidade, Partilha de Informação, Participação e Colaboração.

Esta filosofia, que pode ser aplicada em todos os contextos de cuidados, reconhece que a família é uma constante na vida da Criança. A família é, portanto, a unidade de cuidados que permite a individualização dos cuidados à Criança, mobilizando os conhecimentos que os seus cuidadores têm para participação nos cuidados e na tomada de decisões (M. Hockenberry, 2024b).

Smith (2018) aponta, no entanto, que para além da vertente teórica dos CCF (em que é considerada uma filosofia de cuidados que reconhece a família como central na vida do cliente e apoia os membros da família como cuidadores), estes têm uma vertente operacional que envolve uma parceria colaborativa entre profissionais de saúde e familiares para planear, negociar e avaliar continuamente o cuidado ao cliente, salientando como antecedente a vontade ou não da família querer participar e colaborar, a qual deve ser respeitada. Outros antecedentes são a competência e a vontade dos Enfermeiros para negociar os cuidados, o tempo disponível e a existência de um ambiente propício para o desenvolvimento desta parceria. Como consequências, esta filosofia de cuidados, para além de cuidados individualizados e flexíveis já referidos, aumenta a adaptação ao papel parental, o conforto, a satisfação, a confiança e a comunicação da família com os Enfermeiros e o empoderamento familiar.

### **1.4.2.Cuidados não traumáticos**

Um dos pilares transversais a todos os contextos da enfermagem pediátrica são os CNT ou cuidados atraumáticos, que têm como foco não causar dano, não fazer mal. Estes cuidados estão implícitos ao longo de todo o Guia Orientador do Conselho da Europa sobre Cuidados de Saúde Amigos das Crianças, criado para garantir a implementação de normas universais que protegem e promovem os direitos das Crianças em geral e que tem por base outros documentos importantes como os Direitos da Criança (Council of Europe, 2011; M. Hockenberry, 2024b).

Esta filosofia deve estar patente nos cuidados desde a prevenção até ao tratamento, em intervenções de todos os âmbitos, como psicológicas ou físicas. Segundo Wong (1989), em todos os procedimentos realizados a uma criança deve ser considerado o onde, quem, porquê e como, no sentido de prevenir ou minimizar o stress físico ou psicológico, durante o processo de saúde (M. Hockenberry, 2024b). Fernandes (2020) considera que os CNT incluem cinco dimensões principais, para além da dimensão minimização do desconforto, stress e dor: o ambiente de cuidados e as interações devem estar adaptados às necessidades e gostos das Crianças e famílias; os pais devem ser encorajados a estar presentes e a participar nos cuidados; os pais devem ser informados e preparados bem como as Crianças; os hábitos de vida devem sempre que possível ser mantidos; a hospitalização deve ser evitada ou se necessária reduzida.

Estas dimensões são resumidas por M. Hockenberry (2024b) em três princípios: I) prevenir ou minimizar a separação da Criança II) promover um sentido de controlo e III) evitar ou minimizar as lesões corporais e a dor. No princípio I) salienta-se a ligação desta filosofia com os CCF e no II) com a importância do empoderamento da Criança e família.

### **1.4.3.Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender**

Nola Pender criou, em 1987, a primeira versão do MPS que integra conceitos de enfermagem e ciência do comportamento de enfermagem, psicologia social, do desenvolvimento humano, da psicologia experimental e da educação. Motivada pela investigação, em 1996, o modelo acabou por ser alterado para a versão usada até hoje o MPS (revisto) (Wilson, 2022).

Este modelo descreve a natureza única e multidimensional da pessoa a interagir com os seus ambientes interpessoais e físicos, no sentido de expressar o seu potencial de saúde. Para tal usa as suas capacidades de autoconsciência reflexiva e regula o seu comportamento

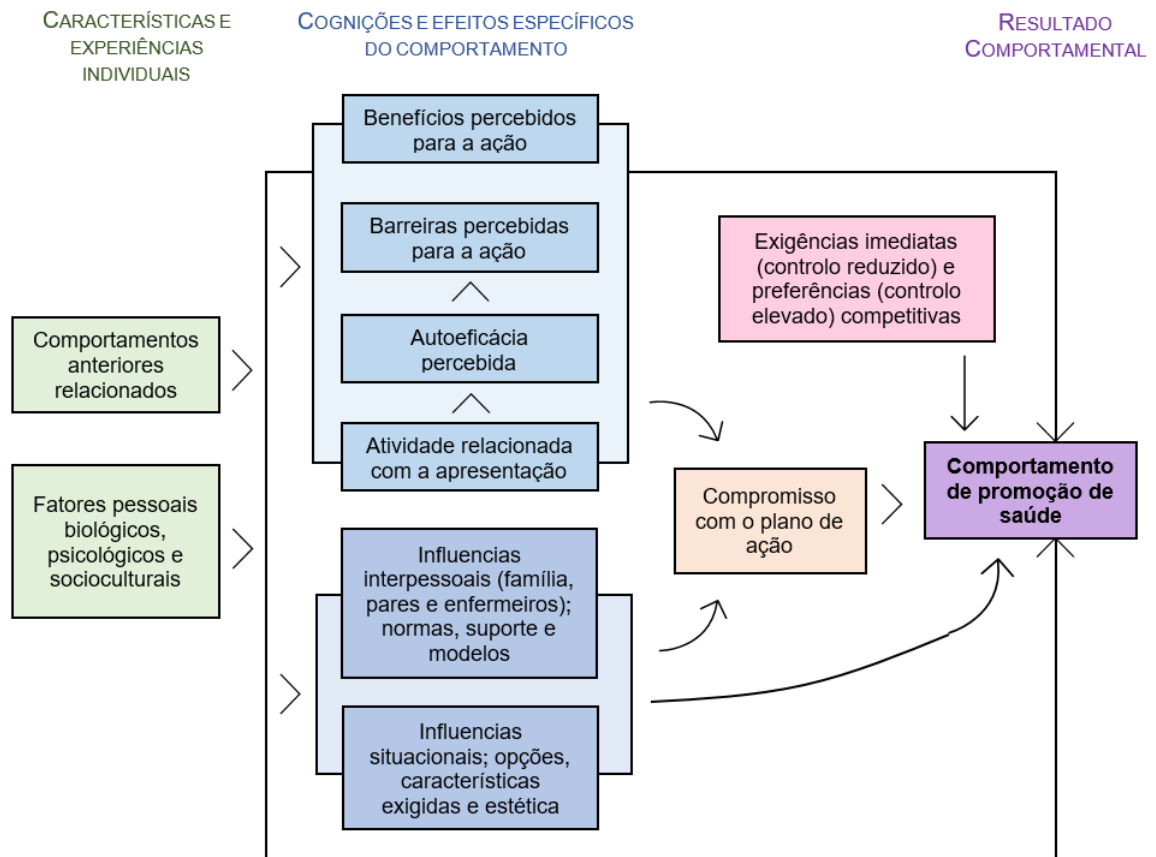
no sentido de um crescimento que considera positivo (Murdaugh et al., 2019; Wilson, 2022). Para Nola Pender a pessoa tem: 1) características e experiências individuais que vão influenciar as 2) cognições e os efeitos específicos do comportamento que vão levar a um 3) resultado comportamental (ver Figura 3).

1) Dentro das características e experiências individuais podemos considerar a existência de Comportamentos anteriores relacionados iguais ou semelhantes e os Fatores pessoais que incluem entre outros idade, sexo, autoestima, estado de saúde percebido, raça e status socioeconómico. Estas características vão influenciar a probabilidade de adoção de um comportamento promotor de saúde.

2) Estas dimensões são consideradas os principais determinantes do comportamento de saúde e, mediante a ação do Enfermeiro, são suscetíveis de mudança. Incluem Atividade relacionada com a apresentação que são os sentimentos vividos, que por sua vez influenciam a perceção de autoeficácia (autoanálise da capacidade para desenvolver o comportamento de promoção de saúde), a qual, por sua vez, se for elevada, resulta em menores barreiras percebidas para ação (reais ou imaginárias). Os benefícios percebidos para a ação são as potenciais vantagens da adoção do comportamento de saúde e aumentam o compromisso com o plano de ação. Também as influências interpessoais, as normas, suporte e modelos juntamente com as influências situacionais (perceções pessoais e conhecimentos de um contexto ou situação que podem facilitar ou impedir um comportamento) vão também influenciar o compromisso com o plano de ação.

Para além destes fatores existem, paralelamente, exigências imediatas competitivas para as quais a pessoa tem pouco controlo, como as responsabilidades familiares que podem surgir e as preferências competitivas sobre as quais tem um grande controlo, porque pode optar pelo que vai escolher. Estas existências e preferências têm uma influência direta sobre a adoção de comportamentos promotores de saúde.

**Figura 3 – Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (revisto)**



Nota 3: Traduzido e adaptado de Murdaugh, C., Parsons, M. A., & Pender, N. (2019). Health Promotion in Nursing Practice (8ª edição). Pearson.

Neste sentido, através deste modelo compreende-se a importância do Enfermeiro (na sua intervenção de empoderamento parental para a promoção de AM até aos 6 meses), perceber junto das famílias se têm história anterior de AM, como está a sua auto motivação para amamentar e quais as emoções que associa ao amamentar. Do mesmo modo, importa avaliar a perceção de autoeficácia, das famílias, sobre o AM; desmistificar as barreiras percecionadas e; ensinar ou relembrar os benefícios do AM, de acordo com os percecionados. É também essencial avaliar os contextos que frequentam, pois podem ser ou não promotores do AM; e as exigências e preferências que possam surgir.

## 2. Objetivos

Numa lógica de melhoria contínua, de constante procura de exercício profissional de excelência e da maximização da saúde e bem-estar das Crianças, tendo por base as competências de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018.), as competências comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019) e as específicas do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018), realizou-se um autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem (ver Apêndice II) para identificar o nível de desenvolvimento inicial. A partir destes, desenvolveram-se os seguintes objetivos gerais e específicos, com o intuito de adquirir e desenvolver as competências exigidas à obtenção do grau de mestre e do título de EE:

1. Desenvolver competências comuns e específicas em ESIP no cuidado à criança, ao jovem e à família, nos processos de saúde doença nos diferentes contextos de saúde.
  - 1.1. Identificar o contributo do EEESIP na melhoria da qualidade dos cuidados, na gestão dos mesmos e no desenvolvimento de aprendizagens profissionais;
  - 1.2. Aprofundar conhecimentos na assistência à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
  - 1.3. Reconhecer a intervenção do EEESIP nos cuidados em situações de especial complexidade à criança/jovem e família;
  - 1.4. Desempenhar cuidados adequados às necessidades do ciclo de vida e ao desenvolvimento da criança e jovem.
2. Desenvolver competências especializadas no empoderamento parental para a promoção da manutenção do AM até aos 6 meses.
  - 2.1. Identificar os principais determinantes da manutenção do AM;
  - 2.2. Prestar cuidados centrados na família de acordo com o MPE e MPS, com vista à manutenção do AM até aos 6 meses.

Considerando estes objetivos gerais e específicos foram planeadas atividades a desenvolver em cada contexto, com vista à aquisição e desenvolvimento das competências do EEESIP, que se descrevem e analisam no capítulo seguinte.

### 3. Metodologia

Para a consecução dos objetivos propostos inicialmente, relacionados com a temática a trabalhar, e de forma a adquirir e desenvolver as competências de mestre, EE e de EEESIP<sup>9</sup>, opta-se pela metodologia de projeto que permite a articulação entre a teoria e a prática. Esta tem como foco principal a resolução de problemas (uma das competências que os mestres devem demonstrar), que permite que sejam adquiridas competências e capacidades pessoais, através da elaboração, planeamento e implementação de projetos na vida real, baseados e fundamentados pela evidência. Ou seja, esta metodologia pode ser encarada como uma forma de organizar um plano de trabalho flexível, que permite dar resposta a um problema identificado previamente e que vai ser resolvido com tentativas de intervenções, mobilizando a teoria para a prática (Ruivo et al., 2010).

A metodologia de projeto é um trabalho em grupo, porque todos os intervenientes estão implicados, nomeadamente a população abrangida. Implica também como características fundamentais, que seja uma atividade intencional planeada por quem a vai desenvolver, que deve ter iniciativa e autonomia, deve ser original com alguma complexidade e decorre ao longo de um período de tempo, de acordo com as etapas: 1) Elaboração do diagnóstico da situação; 2) Definição de objetivos; 3) Planeamento das atividades, recursos e estratégias; 4) Execução das atividades planeadas; e 5) Avaliação e divulgação dos resultados obtidos (Ruivo et al., 2010).

Este projeto começou a ser desenvolvido em março de 2023 na UC de Projeto em ESIP do 1.º MESIP, onde foram feitas as primeiras três etapas. A quarta etapa decorreu nas UC de Estágio e depois na UC de Estágio com Relatório, onde tive oportunidade de prestar cuidados em cinco contextos diferentes (CSP, Centro de Desenvolvimento Infantil (CDI), Serviço de Internamento de Pediatria (SIP), Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e Serviço Neonatologia), de acordo com o cronograma do Apêndice III e o conjunto de atividades planeadas, relativo a cada objetivo e objetivos específicos, considerando as competências a adquirir e os indicadores. No decorrer dos estágios, estas atividades foram alteradas, adaptadas ou acrescentadas considerando as especificidades de cada contexto e com base nas reflexões feitas durante essa etapa, uma vez que, de acordo com os autores anteriormente citados, esta metodologia é reflexiva.

---

<sup>9</sup> (Decreto-Lei n.º 65/2018; Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 422/2018)

A reflexão constitui-se como estruturante ao desenvolvimento profissional e indispensável para o processo de aprendizagem, permitindo ao Enfermeiro a oportunidade de revisitar a sua experiência, ponderar e avaliá-la. Este processo, apesar de apresentar desafios devido à natureza implícita e espontânea de muitos conhecimentos, é de importância vital para a formação de profissionais autónomos e críticos. Nos contextos clínicos dos estudantes de enfermagem, a reflexão é uma competência fundamental, pois permite que estes desenvolvam autoconsciência e prestem cuidados de excelência, adotando atitudes reflexivas antes, durante e após a ação (Peixoto & Peixoto, 2016).

De acordo com Schön (1993), referido por Abreu (2007), a prática é um campo de desenvolvimento de competências pela complexidade de interações entre o contexto e as situações complexas, incertas e indeterminadas decorrentes da prática. Assim, o mesmo autor designou estas situações de “prática reflexiva” que é composta pela: a) reflexão na ação e b) reflexão sobre a Ação.

Estas ações são importantes para a aquisição de competências, porque permitem que as várias alternativas de ação fiquem estruturadas a nível cognitivo, facilitando o acesso a elas em situações de prática semelhantes. Isto implica que, no momento da ação, se percebam os seus fundamentos e o contexto em que decorre, para ser possível decidir — reflexão na ação; posteriormente é igualmente importante recontextualizar a ação, o tempo, o ambiente onde decorreu, os atores envolvidos e os resultados atingidos — reflexão sobre a ação. Este processo reflexivo pode ser ainda mais aprofundado fazendo uma reflexão sobre a reflexão na ação, inerente às competências de mestre e especialista (Abreu, 2007).

Assim, a reflexão é parte integrante tanto da quarta como da última etapa da metodologia de projeto, em que se faz a avaliação dos resultados, mais especificamente, neste trabalho, a análise das atividades e competências adquiridas e desenvolvidas. A quinta e última etapa inclui também a divulgação dos resultados, sendo esta operacionalizada pela realização deste relatório e sua futura apresentação pública.

## **4. Análise Reflexiva Do Percurso Formativo**

A aquisição de competências especializadas e diferenciadas em Enfermagem é importante para dar respostas aos desafios atuais e futuros da sociedade e permite a prestação de cuidados de saúde com qualidade e ganhos em saúde (OE et al., 2018; Regulamento n.º 140/2019). Atuar enquanto EEESIP reflete-se em intervenções de enfermagem de nível avançado, com segurança, procurando a saúde e satisfação da Criança e família (Regulamento n.º 422/2018).

Para se ser competente, implica que se compreenda e julgue cada situação específica e se aja intencionalmente, responsabilmente e eficazmente, mobilizando os saberes adequados e a experiência, e reconhecendo os limites da atuação e do conhecimento (Alarcão & Rua, 2005; Amaral & Figueiredo, 2021). Mais do que competente, segundo Benner et al. (2001), o nível mais alto de competência que um profissional pode alcançar é a perícia, que pode ser atingida através da experiência em situações complexas, baseada na evidência e no investimento contínuo na formação pessoal e coletiva.

Neste sentido, este capítulo pretende descrever e analisar de forma crítica e reflexiva o percurso das atividades desenvolvidas ao longo dos vários contextos de estágio. As atividades realizadas e a reflexão sobre as mesmas têm como intuito a demonstração dos raciocínios subjacente à integração de conhecimentos e à aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE e específicas do EEESIP preconizadas pela OE (2021) e de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018).

Seguindo as recomendações da OE, referidas anteriormente, para a elaboração do relatório dos Mestrados em Enfermagem para atribuição do Título de EE, inicia-se com a descrição dos diferentes contextos de estágio, seguida da análise do percurso formativo, organizado com base nas competências comuns do EE e específicas do EEESIP e nas competências de mestre.

### **4.1. Contextos de estágio**

Os contextos de trabalho são o cenário ideal para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades profissionais, relacionando o conhecimento teórico com a prática. Ou seja, permite a combinação do conhecimento (saber), da habilidade de aplicá-lo (saber fazer) e da capacidade de ser na ação (saber ser), o que leva à construção do conhecimento cognitivo (emergente da reflexão na ação). Os contextos permitem uma

transdisciplinaridade de saberes (Alarcão & Rua, 2005), porque são ambientes que exercem influência e são reciprocamente influenciados pela subjetividade individual, bem como pelas singularidades presentes no coletivo, e que pela sua articulação e reinvenção promovem aprendizagens constantes (Serrano et al., 2011).

O meu percurso para a aquisição e desenvolvimento de competências de EE e EEESIP em contexto clínico foi dividido em dois períodos de acordo com o preconizado pelo plano de estudos 2022-2023 do curso de MESIP da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (Despacho n.º 9369/2021). O primeiro período decorreu de 5 de junho a 23 de julho de 2023 e preconizou duas experiências de estágio, uma realizada em CSP e a segunda num CDI; o segundo período decorreu entre 2 de outubro de 2023 e 9 de fevereiro de 2024 e incluiu os contextos de SIP, SUP e Serviço Neonatologia. Todos estes contextos são descritos sumariamente no Apêndice IV. Para cada contexto desenvolvi um Guia Orientador das Atividades de Estágio (Apêndice IV) com a indicação do período em que o estágio decorreu, uma breve contextualização da problemática do empoderamento parental para a promoção do AM e com a discriminação dos objetivos gerais e específicos, bem como as respetivas atividades inicialmente planeadas para o desenvolvimento das competências comuns do EE e específicas do EEESIP.

## **4.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

Para o exercício de uma especialidade, o Enfermeiro deve aprofundar as suas competências de Enfermeiro generalista, garantindo a mobilização de conhecimentos, habilidades e capacidades superiores que lhe permitam conceber, gerir e supervisionar cuidados, bem como ser um suporte à formação, investigação e assessoria. No perfil de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) constam as competências que devem ser verificadas na atuação de todos os especialistas independentemente da área de atuação, do contexto de vida das pessoas com quem trabalham e do nível de prevenção em que intervêm. Estas competências dizem respeito a quatro domínios "a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; e d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745). Nos próximos subsubcapítulos refletir-se-á acerca do desenvolvimento destes domínios. Para facilitar a leitura apenas vai ser indicado entre parênteses os códigos correspondentes às unidades de competência e critérios de avaliação

que se quer salientar, referentes ao Regulamento n.º 140/2019, não significando que as diferentes situações não possam ser articuladas com outras unidades de competências.

#### **4.2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal**

Ao longo dos vários contextos de estágios e de todas as intervenções que realizei, procurei desenvolver uma prática orientada pelas normas legais e os princípios do Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) (Lei n.º 156/2015), o que automaticamente implica o cumprimento das convenções e recomendações internacionais (**A1**), nomeadamente os Direitos da Criança (Comité Português para a UNICEF, 2019) que está diretamente ligada à especialidade em ESIP e deriva da convenção sobre os direitos humanos (Tribunal Europeu Direitos Humanos & Conselho da Europa, n.d.) (**A2.1.1**). A atuação segundo estes princípios é evidente no sigilo mantido no presente relatório, quanto ao nome das instituições, profissionais e utentes com quem trabalhei nos estágios e, por exemplo, nas consultas com adolescentes que assisti nos **CSP**, pela garantia da confidencialidade ao pedir aos pais que aguardassem na sala de espera, após uma breve conversa inicial quando necessário (**A2.1.3 e A2.1.4**).

O acesso à informação é um direito que consta de vários documentos reguladores que derivam dos Direitos da Criança, como as *Guidelines On Child-Friendly Health Care* (2011), Carta da Criança nos CSP (2021) e Carta da Criança Hospitalizada (2017). Como tal, e visto que em vários dos contextos em que estive uma parte da população era migrante, e a língua era uma barreira ao acesso à informação, sempre que possível os recursos que desenvolvi para os utentes foram feitos em português e inglês (**A2.1.2**). Este acesso à informação permitiu que a tomadas de decisão fosse partilhada com a Criança e família, tendo, sempre, em vista o superior interesse da Criança<sup>10</sup> (Machado, 2018). Para ilustrar o processo de tomada de decisão das famílias com base na informação fornecida em consulta/internamento, destaco a promoção da manutenção do AM, quando em consulta nos **CSP** informei sobre suplementação na mama com LM, através de seringa, para prevenir o desmame precoce, que se sabe estar associado ao uso de biberão (Duarte et al., 2022; Kellams et al., 2017) ).

---

<sup>10</sup> Considerando os princípios da beneficência e não maleficência referidos nas alíneas b) do artigo 102º do CDE (Lei n.º 156/2015), de acordo também com a alínea f) do ponto 1 da Base 2 da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro de 2019)

A liberdade de religião das crianças é outro dos direitos consagrados nos Direitos da Criança<sup>11</sup>. Segundo Dolan et al. (2021), a espiritualidade e a religião são cada vez mais consideradas no que diz respeito ao bem-estar individual e podem ser um recurso de *coping* positivo, promotor da segurança emocional nas famílias. Durante os contextos de **CSP** e **Neonatologia** tive igualmente oportunidade de presenciar e respeitar práticas e crenças espirituais, como o uso de adornos no corpo ou na incubadora.

Os EEESIP devem, igualmente, liderar os processos de tomada de decisão ética. No último contexto, tive a oportunidade de motivar a reflexão, com duas EEESIP sobre a forma como eram decididos quais os RN e lactentes a serem acompanhados em Cuidados Paliativos, qual o procedimento e quais os profissionais envolvidos neste processo. Dessa reflexão concluiu-se que é um procedimento que ainda pode ser melhorado (**A1.2.3**).

Ainda sobre a responsabilidade profissional, tive oportunidade de assistir ao *Webinar* “Desafios à Responsabilidade profissional do Enfermeiro na atualidade” (Anexo I) onde ficou salientado que a autonomia do Enfermeiro (sendo a OE a demonstração da mesma<sup>12</sup>) traz responsabilidade, que por sua vez implica juízo crítico, planeamento e intervenções sustentadas na evidência. Para além da responsabilidade profissional, ética e legal é importante lembrar que inerente à autorregulação do exercício profissional, feito pela OE, como Enfermeiros temos igualmente responsabilidades sociais, que afetam a imagem que temos na sociedade, que deve ser refletida e que deve motivar os Enfermeiros a envolverem-se na política e nos lugares de gestão dos serviços de saúde, de forma a liderarem efetivamente o processo de tomada de decisão (**A1.2 e A1.3**).

## **4.2.2. Melhoria contínua da qualidade**

A qualidade dos cuidados está implícita nos Objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2016)<sup>13</sup> e tem como objetivo influenciar de forma positiva os resultados de saúde, individuais e da população, de acordo com as evidências atuais. Assim, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados visa que estes sejam centrados no doente, eficazes, eficientes, acessíveis, equitativos, aceitáveis e seguros (OMS, 2020b). Para nortear a procura pela melhoria da qualidade, os Enfermeiros têm como guia os Padrões de Qualidade

---

<sup>11</sup> Artigo 14º e 30º (Comité Português para a UNICEF, 2019)

<sup>12</sup> Considerando o artigo 1º do Estatuto da OE que refere que esta representa os Enfermeiros e goza de autonomia e independência dos órgãos do estado (Lei n.º 156/2015).

<sup>13</sup> 3º objetivo: “Garantir o acesso à saúde de qualidade (...)” (ONU, 2016, p. 6)

dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2002) e, no caso dos EEESIP, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 351/2015).

Para o desenvolvimento das competências na área da melhoria contínua da qualidade contribuiu a consulta das normas e protocolos dos serviços e as entrevistas iniciais às Enfermeiras Gestora/orientadoras sobre os programas de melhoria contínua já existentes (**B1.1**). Foi também relevante a partilha e discussão com as orientadoras sobre vários temas relacionados com a saúde e bem-estar das Crianças e famílias, em especial sobre o AM e a discussão sobre a sua aplicação na prática clínica, de acordo com as diferentes realidades. Ainda neste sentido, orientei as minhas intervenções e pude igualmente verificar o cumprimento de vários aspetos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho n. 9390/2021) e do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções (Despacho n.º 10901/2022) inerentes à gestão do risco (**B3.2**), visível através da aplicação das escalas (**B2.1.2**) de avaliação de risco de queda, úlceras de pressão e dos grupos de trabalho de controlo de infeção, entre outros.

No contexto de **CSP**, tive igualmente oportunidade de participar na execução de atividades no âmbito da melhoria da qualidade, com a realização de normas de procedimentos (Apêndice V) (**B1.2.3, B2.1.1 e B2.2.4**). No contexto de **SUP** tive oportunidade de participar na 2.ª reunião do Núcleo de ESIP em que, entre outros temas, abordaram a escala *Pediatric early warning score* (PEWS) e discutiram a sua aplicação na triagem, para além dos serviços em que já é usada no hospital.

Para planear programas de melhoria contínua é importante, primeiro que tudo, identificar oportunidades de melhoria (**B2.2.1**). No fim do estágio do contexto de **Neonatologia**, com base na revisão da literatura quanto aos determinantes para o desmame precoce do AM e com as premissas do MPS de Nola Pender subjacentes, procurei junto das famílias perceber se sentiam alguma dificuldade relativamente ao AM e como poderiam ser superadas com os recursos existentes ou outros a serem desenvolvidos (identifiquei, em equipa, possíveis oportunidades de melhoria). Como resultado da seleção de estratégias de melhorias debatidas com as famílias, Enfermeiros e EEESIP, criou-se o folheto intitulado "Aleitamento materno: extração, conservação e transporte" (Apêndice VI) (**B2.2 e B2.3**) que pode no futuro ser usado como recurso por toda a equipa, em especial pelo grupo de apoio ao AM.

No **SIP**, um dos projetos de melhoria da qualidade existente é na área da parentalidade, o qual contempla a realização de sessões de educação para a saúde sobre várias temáticas como a alimentação, sono, prevenção de acidentes, entre outros. De acordo com o Guia Orientador para a Organização dos Projetos de Melhoria Contínua (Secção Regional do Sul da OE, 2013) depois de elaborar as atividades planeadas é importante verificar os resultados. Assim, neste caso, os resultados esperados eram que os pais das Crianças internadas desenvolvessem comportamentos promotores da parentalidade e da saúde da criança, trabalhados durante as sessões. Como forma de avaliar este aspeto, foi-me proposto a elaboração de um questionário de avaliação (**B2.2.3**). Com base no MPS de Nola Pender (Murdaugh et al., 2019) desenvolvi a proposta de um questionário para avaliação das intervenções de educação para a saúde e da adoção de comportamentos promotores da parentalidade, com uma contextualização prévia para os Enfermeiros, para facilitar a sua aplicação (Apêndice VII).

O questionário pode ser aplicado: a) previamente para identificar os comportamentos, experiências anteriores e determinantes do comportamento de saúde, de forma a personalizar as sessões; e b) após as sessões para avaliar o compromisso com o comportamento de parentalidade e saúde promovidos.

Ainda no âmbito da qualidade, as várias unidades de saúde onde decorreram os estágios detêm várias creditações e certificações de qualidade da entidade reguladora da saúde e externas, para as quais concorrem todos os projetos de melhoria da qualidade desenvolvidos também, pelas equipas de enfermagem. Considerando as vantagens do AM a todos os níveis, como explorado inicialmente no enquadramento teórico-conceitual, considero igualmente que as certificações de Hospital Amigo dos Bebés, que implicavam assegurar as 10 medidas descritas no Anexo II, da antiga Comissão Nacional da Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés<sup>14</sup> podem ser consideradas um indicativo de qualidade de cuidados.

No domínio da melhoria da qualidade inclui-se o ambiente seguro e terapêutico. O ambiente e todos os elementos que o constituem influenciam os estilos de vida e repercutem-se na saúde, havendo uma interdependência entre a pessoa e o ambiente (OE, 2002), pelo que o Enfermeiro deve promover que este seja favorecedor das potencialidades da pessoa (Lei n.º

---

<sup>14</sup> Comissão extinta com a criação da Comissão para a Promoção do AM em dezembro 2023 (Despacho n.º 13056/2023.).

156/2015, de 16 de setembro)<sup>15</sup>. Assim, a gestão do ambiente pelo EE é fundamental, no âmbito da qualidade, para a prevenção de incidentes, para a efetividade terapêutica e para a percepção de segurança da pessoa, enquanto utente e profissional (Regulamento n.º 140/2019). Em todos os contextos de estágio constatei que havia especial atenção para que o ambiente físico fosse adequado à população pediátrica, nomeadamente ao nível da decoração e dos equipamentos existentes adequados aos diferentes estádios de desenvolvimento, indo ao encontro da filosofia dos CNT. As minhas intervenções estiveram sempre assentes na filosofia dos CCF o que permite o envolvimento desta, nomeadamente no sentido de garantir a satisfação das necessidades espirituais e culturais (**B3.1.2**). Nos estágios, principalmente nos contextos de **CSP** e **Neonatologia**, tive oportunidade de presenciar e respeitar situações de consciência e respeito pela identidade cultural e crenças espirituais, nomeadamente com a presença de objetos e símbolos no corpo das Criança e nas incubadoras, que são geradores de segurança (**A2.1.6** e **B3.1.1**). No contexto de **SUP**, uma das Enfermeiras sofreu um acidente de trabalho pelo que pude acompanhar o processo da orientadora EEESIP, também chefe de equipa, no sentido de proceder à participação do incidente (**B3.2.4**) e de reorganizar o trabalho da equipa com menos um elemento (**B3.2.5**).

### 4.2.3. Gestão dos cuidados

A gestão e a liderança são termos que na literatura se apresentam como indistinguíveis e atualmente opta-se por englobar a gestão no conceito de liderança (Jordal et al., 2022). Sabe-se, também, que é uma competência e um processo que acontece dentro de um grupo ou num ambiente, que influencia os resultados do trabalho de enfermagem, em termos de satisfação e retenção no trabalho, bem como na qualidade dos cuidados (Aydogdu, 2023; Cummings et al., 2018). Assim, no domínio da gestão de cuidados, tive oportunidade, logo no primeiro contexto, **CSP**, de realizar uma entrevista com a Enfermeira Gestora de toda a unidade (que é composta por várias secções, nomeadamente a de Saúde Infantil) que me permitiu aprofundar conhecimentos no âmbito da gestão dos recursos humanos e materiais. Nesta unidade, é feita a delegação da coordenação de cada secção às diferentes Enfermeiras chefes (**C1.2**), que para além de gerirem os recursos humanos e materiais, em colaboração com a Enfermeira Gestora, coordenam a prestação de cuidados de forma otimizada (**C2.1**).

---

<sup>15</sup> Artigo 110º do CDE da Humanização dos Cuidados "b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa". (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro)

Sendo este o contexto de cuidados onde tenho experiência profissional, e no qual senti maior autonomia, tive oportunidade de otimizar a tomada de decisão no processo de cuidados **(C1.1)** através da partilha dos meus conhecimentos sobre saúde infantil, em especial sobre AM, entre outros, que permitiram melhorar a informação para a tomada de decisão **(C1.1.3)** e reconhecer quando era necessário encaminhar para outros profissionais de saúde **(C1.1.4)**. Neste sentido, elaborei um póster com os recursos da comunidade para onde os utentes podem ser encaminhados para terem cuidados de saúde na área da Oftalmologia e Medicina Dentária (Apêndice VIII). No contexto de **CDI**, tive oportunidade de dar apoio numa consulta, especificamente esclarecer dúvidas relacionadas com os direitos laborais, durante o AM **(C1.1.1)**.

No contexto de **Neonatologia**, tive também oportunidade de observar a importância do EEESIP usar as suas competências de gestão quando eram recebidos RN transferidos do bloco de partos. Nestes casos era exigido do EEESIP chefe de equipa a identificação dos recursos que seriam necessários para receber o RN, delegando nos auxiliares a preparação dos recursos materiais e orientando os Enfermeiros para responder, em conjunto com os médicos, às necessidades identificadas (muitas vezes em RN com vários focos de instabilidade) de forma a prevenir complicações.

Durante o estágio de **SUP**, tive oportunidade de acompanhar em alguns turnos uma EEESIP que também era chefe de equipa e por isso pude assistir à gestão com a equipa médica das transferências de/para outros hospitais; à coordenação dos recursos humanos com a distribuição dos Enfermeiros pelos postos de trabalho, de acordo com as necessidades e competências, tentando conciliar as preferências dos Enfermeiros **(C2.1)**, adaptando o estilo de liderança aos elementos da equipa e ao local de trabalho; e à gestão de personalidades/conflitos nas equipas. Neste sentido, realizei a esta profissional uma entrevista para: compreender se conscientemente seguia algum estilo de liderança; identificar as estratégias que utilizava para fomentar um ambiente positivo e favorável à prática, à aprendizagem e à inovação **(C2.2)**; e identificar as estratégias de gestão de conflitos. Existem vários estilos de liderança, sendo que os relacionados com as relações humanas são os que têm efeitos positivos nas mudanças e resultados. Apesar da Enfermeira entrevistada não seguir intencionalmente um estilo de liderança, de acordo com o observado e com a entrevista realizada, foi notória a sua preocupação e respeito pelo outro, a sua presença inspiradora e de apoio à decisão, concordante com o estilo de liderança ressonante, cujo foco se detém em perceber as necessidades individuais de todos os elementos da equipa (Cummings et al., 2018).

#### **4.2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O desenvolvimento profissional implica o desenvolvimento pessoal, uma vez que as competências pessoais são postas em prática no contexto profissional. Este desenvolvimento acontece ao longo da vida e abrange todos os aspetos pessoais que se possam relacionar com a profissão, nomeadamente no que diz respeito aos profissionais de saúde, à resiliência e ao pensamento crítico, entre outros (Santa-Cruz et al., 2021). Ao longo de todo o processo inerente ao mestrado e, em especial, ao longo dos estágios, pelo impacto que tiveram ao serem conciliados com a vida pessoal, familiar e profissional, fui impelida a trabalhar a minha resiliência, de forma a utilizar todas as dificuldades com que me deparei (como a gestão do tempo e da disponibilidade emocional) em oportunidades de crescimento e desenvolvimento pessoal (**D1**). Segundo os autores anteriores, este facto é fundamental para a manutenção da saúde mental dos profissionais de saúde e na promoção de cuidados de enfermagem de qualidade.

O desenvolvimento do pensamento crítico permite antever e antecipar potenciais problemas, complicações e analisar as implicações da tomada de decisão no processo de cuidar (Santa-Cruz et al., 2021). O EE deve apoiar as suas decisões e intervenções em evidência científica e ser dinamizador de processos de aprendizagem e acelerador no campo da investigação (Regulamento n.º 140/2019). Neste âmbito tive oportunidade de presenciar o papel do núcleo de EEESIP, do hospital onde decorreu o estágio de **SUP**, como formador em contexto de trabalho (**D2.1.1**), com a partilha de conhecimento científico atual. No contexto de **Neonatologia** tive oportunidade de acompanhar e refletir sobre o processo de integração de uma enfermeira (**D2.1.4**). Ao longo de todos os contextos, procurei desempenhar cuidados competentes e seguros (**D2.3.2**), baseados na minha experiência e conhecimentos anteriores (**D2.3.1**), mas que implicaram igualmente estudo da evidência científica atual (**D2.2**), disponível em publicações e eventos científicos como o "Encontro com Dra. Jean Watson" (Anexo III) e a posterior reflexão sobre a mesma para a prática e na prática através da realização de reflexões (nomeadamente a primeira reflexão feita no CSP - Apêndice IX) de forma a consolidar conhecimentos (Abreu, 2007; Peixoto & Peixoto, 2016). Após o término dos estágios, tive oportunidade de iniciar um estudo de investigação secundário (**D2.2.3**), uma revisão sistemática da literatura qualitativa sobre "A experiência de pais de Crianças com excesso de peso ou obesidade nos cuidados de saúde primários", cujo protocolo se encontra no apêndice X. Este trabalho foi submetido e aceite para ser apresentado na 2.<sup>a</sup> Conferência Internacional

do Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), o que permitirá a divulgação de resultados que podem contribuir para o desenvolvimento de conhecimento de enfermagem (D2.2.4).

### **4.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

O EEESIP, para além de prestar cuidados de acordo com as competências de EE, tem competências instrumentais e sistémicas que lhe permite prestar cuidados de nível complexo e avançado, visando a promoção da saúde, o autocuidado, a prevenção de complicações e o bem-estar integral da Criança e família, esforçando-se por responder de forma abrangente às necessidades da Criança. Atua nos diversos contextos, mobilizando recursos de apoio e trabalhando em parceria com o binómio Criança e família (Regulamento n.º 351/2015; Regulamento n.º 422/2018; Saraiva & Sousa, 2022). Resumindo, o principal objetivo da ESIP é melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados às crianças e suas famílias (M. Hockenberry, 2024b).

Para tal, o EEESIP deve usar como orientador da sua prática o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 351/2015) e o Regulamento de Competências Específicas do EEESIP que engloba três competências: "E1) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E2) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E3) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem." (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192). À semelhança das competências do EE, ao longo da análise reflexiva seguinte apenas vai ser indicado entre parenteses os códigos correspondentes às unidades de competência e critérios de avaliação que se quer salientar do Regulamento n.º 422/2018, não significando que as diferentes situações não possam ser também articuladas com outras competências.

#### **4.3.1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde**

Nas últimas décadas, os ganhos em saúde infantil foram meritórios, mas é importante garantir que estes resultados se mantêm (DGS, 2013; Martins, 2022). Os profissionais de saúde, em particular os EEESIP têm um papel importante na assistência à Criança e família,

nomeadamente na maximização da sua saúde. Para tal devem ter a capacidade de implementar um plano de saúde em parceria com a família, inerente aos CCF e reforçado pelo modelo de Anne Casey (1995) que afirma que os pais são peritos nos cuidados aos filhos, mas que caso os pais não possam ou não queiram participar nos cuidados cabe aos Enfermeiros mantê-los, de acordo com as rotinas da família. A mesma autora salienta que se deve negociar com a família, mas também com a Criança, mantendo os Enfermeiros o apoio contínuo e o ensino para que a Criança e família tomem decisões informadas sobre os cuidados e o papel que querem ter.

Nos diferentes contextos, procurei sempre que o plano de saúde fosse construído em parceria com as famílias, respeitando as suas decisões e negociando a participação (**E1.1.1**). No **CDI** tive oportunidade de prestar assessoria a uma consulta dirigida a uma família relativamente ao desmame precoce. Nessa participação, inicialmente tentei perceber as características desta família (lactente de 5 meses do sexo masculino, família nuclear em que a mãe trabalha em Medicina Nuclear com Radioativos), os seus conhecimentos sobre AM (tinha informação sobre os benefícios da amamentação), a autoeficácia da amamentação (percebida como positiva) e a intenção de manter o AM (apesar de perceberem os benefícios da manutenção do AM e de o desejarem manter, identificavam como barreiras o regresso ao trabalho da mãe e os riscos ambientais inerentes). Neste sentido, forneci informação sobre a possibilidade de a mãe requerer junto da segurança social o subsídio de riscos específicos que lhe permitia continuar em casa, se assim o desejasse. O plano de saúde foi adaptado aos desejos e necessidades da Criança e família, incentivando um comportamento promotor de saúde (**E1.1.5**). Ainda sobre a negociação com a criança/família, nos restantes contextos tive diversas situações em que negocie a gestão não farmacológica da dor na Criança com os pais, que escolhiam participar contendo no colo, administrando sacarose ou amamentando, por exemplo; ou por outro lado, como aconteceu no **SUP**, a mãe optou por sair da sala de tratamentos durante a realização de colheita de sangue para análise.

No **SIP** este estabelecimento de parceria foi fundamental, por exemplo nas duas situações de Crianças e famílias com o diagnóstico de DM inaugural, para preparar, promover e melhorar o desempenho parental complexo durante a hospitalização<sup>16</sup>, mas também para promover a participação informada das Crianças, preconizada pela Carta da Criança

---

<sup>16</sup> Três das categorias do modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados de Cristina et al. (2023)

Hospitalizada<sup>17</sup>, e para facilitar o desenvolvimento de competências de gestão do processo saúde/doença específico desta condição crónica (**E1.1.4**). Para que seja possível negociar esta participação, a comunicação é fundamental (Sousa et al., 2013) e deve ser congruente com o estágio de desenvolvimento da criança e sensível à cultura (**E1.1.2**), sendo os pais muitas vezes os mediadores da comunicação com a criança (Scott, 2024).

A comunicação é também fundamental para a construção, organização e regulação das interações e relações familiares, que, por sua vez, influenciam sentimentos, crenças e comportamentos de cada elemento (M. H. Figueiredo, 2012), incluindo comportamentos de saúde. Assim, a família tem uma influência duradoura no bem-estar e saúde de todos os elementos, nomeadamente na Criança pelo que é importante conhecer os vários tipos de estruturas familiares, as funções familiares e intervenções direcionadas à família como um todo (M. Hockenberry, 2024a). Nos diferentes locais de estágio, tive oportunidade de aprender a utilizar vários sistemas de informação, nomeadamente para consultar as informações existentes sobre cada Criança e o seu contexto e estrutura familiar, para além daquelas que eram adquiridas pela interação direta com a Criança e família (**E1.1.6**).

Estas informações permitiram, juntamente com os próprios fatores pessoais da Criança e as experiências anteriores, preferências, exigências/responsabilidades da Criança e família, bem como considerando a sua autoeficácia e os recursos na comunidade de que dispõem (Cattaneo & Goodman, 2015; Murdaugh et al., 2019) motivar a Criança e família para a assunção dos seus papéis de saúde (**E1.1.3**). Facilitam igualmente, nas situações em que a Criança e família têm necessidade de cuidados no domicílio e/ou em ambulatório, no estabelecimento de relações com os recursos comunitários (**E1.1.7**). Um exemplo deste encaminhamento foi experienciado no **SIP** e no **SUP** em que motivei o contacto de um adolescente com a Liga Portuguesa contra a Epilepsia e de uma mãe com a Associação Portuguesa de Pais e Doentes com Hemoglobinopatias, para terem principalmente apoio emocional, mas também mais informações, após identificar falta de conhecimento sobre serviços comunitários disponíveis. O adolescente verbalizou que desconhecia, mas que ia ser uma mais-valia, por outro lado a mãe negou necessitar de apoio. Reconhecer quando é oportuno para a família o estabelecimento destas redes revela também a capacidade dos EEESIP de perceber em qual etapa do processo de adaptação à doença se encontra a família, a singularidade e intervenção adaptada a cada família.

---

<sup>17</sup> Artigo 4º (European Association for Children in Hospital, 2017)

A escola onde está inserida a criança, para além do contexto familiar, é também um contexto de atuação do EEESIP (**E1.1.8**), uma vez que o padrão de saúde é criado pela interação entre as pessoas e todos os ambientes onde se inserem (OMS, 1986). Nos programas de Saúde Escolar (SE) é possível intervir nos determinantes de saúde relacionados com as DCNT e no desenvolvimento de competências cognitivas e socio emocionais, que ajuda as Crianças a serem mais resilientes e mais responsáveis na tomada de decisões relacionadas com a sua vida e com a sua saúde e do grupo onde se inserem, motivando-as a ser autónomas e a assumir a gestão da sua saúde (DGS, 2015; Pereira & Cunha, 2017) (**E1.1.3**). No estágio de **CSP**, consegui articular com as Enfermeiras da unidade de saúde Pública, que desenvolvem intervenções no âmbito da SE, para as acompanhar num dos dias em que realizaram uma sessão de educação para a saúde numa instituição social, com a valência de jardim de infância, uma das várias com quem articulam no início do ano letivo para fazer o levantamento das necessidades e conhecimentos (**E1.2.7**) e posterior planeamento das intervenções de promoção de saúde, que culminou, neste caso, com a realização de uma sessão de educação para a saúde sobre os cuidados a ter com o sol (**E1.2.8**).

A SE tem igualmente um papel fundamental na promoção de uma educação inclusiva e centrada no desenvolvimento do máximo potencial de cada Criança. Preconiza-se que exista uma articulação entre a Educação, a SE e a família para que sejam identificadas e sinalizadas as necessidades de cada criança e se desenvolva o Plano de Saúde Individual que permita melhorar o desempenho escolar e a prevenção da exclusão e estigmatização. Nos casos de necessidade de intervenção, os profissionais de saúde, nomeadamente os EEESIP, devem referenciar à SE (DGS, 2015). Em contexto de estágio, não tive oportunidade de experienciar estas articulações. Contudo, no âmbito da minha experiência profissional, o trabalho em estreita parceria com equipas multidisciplinares de apoio à família, com as equipas das casas de acolhimento e o empoderamento das famílias permite-me participar no apoio à inclusão das crianças com necessidades, nos diferentes ambientes que fazem parte da sua vida (**E1.1.9** e **E1.1.10**).

Outra das áreas em que a SE e os EEESIP em todos os contextos, incidem a sua intervenção é nas situações de risco que podem afetar negativamente a qualidade de vida e a vida das Crianças (**E1.2**), nomeadamente situações de abuso, negligência e maus-tratos. Esta é uma temática que, tendo em conta o meu contexto de trabalho, onde desenvolvo esta competência, tinha grande expectativa de poder aprofundar conhecimentos. No entanto, por um conjunto variado de fatores, em nenhum contexto de estágio tive oportunidade de ter

contacto direto com esta temática, nem com as equipas dos Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR).

No entanto, sobre esta temática, e no âmbito do mês da prevenção dos maus-tratos na infância, a ESEL realizou um *Webinar* intitulado "Cuidar de crianças maltratadas: intervenção na comunidade" (Anexo IV) ao qual assisti e desencadeou o aprofundar de conhecimentos sobre o conceito de maus tratos<sup>18</sup>, as diferentes tipologias de práticas de maus-tratos a que os Enfermeiros e em especial o EEESIP devem ter atenção como a negligência, os maus-tratos físicos e/ou psicológicos e/ou emocionais, abuso sexual, Síndrome de Munchausen por Procuração, e as intervenções de enfermagem inerentes (DGS, 2011; OMS, 2022). Consoante sejam detetados fatores de risco ou de perigo (**E1.2.4**) existem diferentes intervenções a ser realizadas, ponderando também os fatores de proteção e de agravamento/crises de vida, por exemplo sensibilizar os pais para as consequências e para a prevenção (**E1.2.5**), aumentar a frequência do acompanhamento de saúde das Crianças e articular com outros profissionais de saúde mental (**E1.2.2**), e/ou serviço social ou sinalizar aos NACJR (DGS, 2011).

Durante o cuidar nestas situações de emocionalidade intensa, como em outras, o EEESIP deve fazer a sua gestão emocional, que pode ser desafiante dados os sentimentos ambivalentes. O estudo de Rosa et al. (2020) indica que a gestão das emoções dos Enfermeiros durante os encontros com pais abusivos é marcada pelo impacto emocional inicial ao interagir com a criança vítima de maus-tratos e seus pais, o que pode levar a um estado emocional extremo de distanciamento, afetando a relação de cuidado. Contudo, frequentemente, os Enfermeiros são capazes de estabelecer um vínculo estreito com essas famílias e uma conexão terapêutica e íntima. A utilização de táticas de regulação emocional ao longo da intervenção com os pais abusivos, pode ser emocionalmente desafiadora, mas também recompensadora. Ambos os tipos de desafios emocionais servem como catalisadores para a aprendizagem experiencial, promovendo um processo de adaptação e resiliência nos Enfermeiros que assistem estas famílias (**E1.2.6**).

---

<sup>18</sup> Qualquer ato cometido contra indivíduos com menos de 18 anos ou falta de ação intencional por parte dos pais, responsáveis ou terceiros que coloque em risco a integridade física, o respeito próprio e o crescimento emocional e social de crianças e adolescentes é considerado abuso ou negligência (DGS, 2011; OMS, 2022)

### **4.3.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade**

O progresso na tecnologia e na medicina aumentou a viabilidade de RN prematuros ou crianças com condições genéticas e/ou congénitas complexas, o que resultou no aumento da prevalência de condições crónicas complexas (CCC) em Crianças, incluindo doenças raras. Nos Estados Unidos da América cerca de 20% das Crianças com menos de 18 anos tem necessidades especiais de saúde (Allen, 2010; Caicedo, 2014; Despacho n.º 5505/2023; Health Resource & Services Administration, 2024; Hesselgrave & Santucci, 2024). Paralelamente, observa-se um crescimento nas taxas de internamento de Crianças com CCC (Andrades et al., 2022). Estas estatísticas sublinham o desafio e a oportunidade, que tais condições representam para os Enfermeiros, em especial para os EEESIP, cuja expertise é essencial na prestação de cuidados a Crianças e famílias em situações de especial complexidade, para apoiar a família a adaptar-se e para promover o seu funcionamento, ao longo da vida da Criança (Hesselgrave & Santucci, 2024).

Lidar no dia-a-dia com uma CCC é um dos desafios mais difíceis de gerir pelas famílias e que está dependente de diversos fatores como: as crenças, cultura, apoio e suporte familiar, social, emocional e financeiro disponíveis para lidar com a transição saúde doença, bem como os mecanismos de *coping* e habilidades para superar dificuldades (Diogo et al., 2020; Teixeira, 2021), que são individuais, mas comuns à maioria das famílias (Docherty et al., 2019). No caso das CCC, o EEESIP, em colaboração com a família e outros membros da rede de apoio, desempenha um papel crucial na resposta às necessidades destas Crianças e famílias, avaliando a eficácia com que estão a ser atendidas (Docherty et al., 2019) e promovendo a adaptação da Criança e família à doença crónica, oncológica e/ou deficiência/incapacidade (E2.5).

Nos diferentes contextos em que estive, tive oportunidade de prestar cuidados a Crianças e famílias com diversas condições crónicas, como a DM, a Asma, o Hipotireoidismo, a Epilepsia e a Drepanocitose. Independentemente do contexto, ou de há quanto tempo a Criança/família tinha conhecimento do diagnóstico, ao longo dos vários estágios percebi que é fundamental ao EEESIP estar desperto para possíveis incapacidades ou necessidades que advenham dessas condições, como a necessidade de acompanhamento para prevenir ou gerir situações de stress parental/do cuidador (Docherty et al., 2019; Hesselgrave & Santucci, 2024), decorrente por exemplo de vários internamentos e estratégias de *coping* ineficazes. Nesse sentido, sugeri a uma mãe o recurso à associação de pais e doentes com patologia semelhante

à da sua filha (**E2.5.4**), para procurar apoio emocional por profissionais ou por pais que experienciam situações similares.

As condições crónicas podem motivar pontos de stress parental, sendo muitas vezes a altura do diagnóstico o primeiro (Docherty et al., 2019; Fox, 2024). O EEESIP durante o internamento associado ao diagnóstico, pela sua proximidade com a Criança/família, avalia o potencial para melhorar o conhecimento sobre essa condição, quando oportuno e, com base nos conhecimentos e experiências prévias da Criança/família, dá informação sobre a doença, apoia nos processos de tomada de decisão inerentes e negocia o envolvimento da Criança/família nos cuidados, o que permite que a Criança/família tenham algum controlo sobre a situação. Estas foram algumas das intervenções que tive oportunidade de assistir e desenvolver no contexto de **SIP** das quais derivou a reflexão "A intervenção do ESIP na adaptação da parentalidade em situação de diagnóstico inaugural de uma doença crónica: estudo de caso" (Apêndice XI). Fora do internamento, ou na preparação para a alta, o EEESIP previne a superproteção e promove expectativas realistas que assegurem o máximo potencial de desenvolvimento, que ajudem a minimizar o stress e o impacto da doença e que promovam a adaptação, como tive oportunidade de observar no contexto de **CDE** nas consultas de seguimento de enfermagem (**E2.5.2** e **E2.5.3**)

Pode também ser necessário o encaminhamento para cuidados de especialidade como foi o caso de Crianças com diagnóstico de DM inaugural ou Asma que presenciei no **SIP** e **SUP** (**E2.5.6**). O EEESIP é fundamental na promoção da adaptação da Criança/família à doença crónica/incapacidade pela sua capacidade de atuar em situações complexas tendo uma visão abrangente das exigências e dos recursos que podem ser mobilizados tanto da criança, como da família ou do suporte da comunidade (Murdaugh et al., 2019; Regulamento n.º 422/2018).

Algumas CCC implicam instabilidade de funções vitais. No **SUP** presenciei as intervenções do EEESIP no que diz respeito à gestão destas instabilidades, nomeadamente numa situação emergente de uma adolescente com diagnóstico de DM e numa situação de uma criança em idade escolar com asma. Durante a triagem, usando o Sistema de Triagem de Manchester<sup>19</sup> e o Triângulo de Avaliação pediátrica<sup>20</sup>, o EEESIP rapidamente identificou focos de instabilidade (nomeadamente a nível metabólico, hemodinâmico e respiratório,

---

<sup>19</sup> preconizado na Norma n.º 002/2018 (DGS, 2018)

<sup>20</sup> Desenvolvido por Dieckmann, Brownstein e Gausche-Hill e usado pela Academia Americana de Pediatria, desde 2020, tem a vantagem de não necessitar de nenhum aparelho de medição, ao contrário de outros sistemas de avaliação como o PEWS que, no entanto, se tem revelado um sistema que permite reconhecer rapidamente a deterioração do estado de saúde (Antonopoulos et al., 2023; Fernandez et al., 2017; Ma et al., 2021)

manifestados na adolescente por hiperglicemia, hipercetonemia, hiperventilação e lipotimia, e na criança por dispneia, tiragem, tosse, padrão de respiração ineficaz, taquicardia e hipoxia) e que motivaram a ida imediata das Crianças para a sala de tratamentos e a articulação direta e imediata com um médico.

Na **Neonatologia**, a instabilidade de funções é frequente, o que implica a monitorização constante dos RN e que o EEESIP seja capaz de fazer julgamentos clínicos rápidos sobre as respostas a ter perante cada situação e a antecipar os focos dessa instabilidade hemodinâmica. Neste contexto, tive oportunidade de assistir, entre outras situações, ao trabalho do EEESIP perante uma transferência para o serviço de um RN gemelar pré-termo, com minutos de vida, por complicações durante a gravidez (nomeadamente morte fetal do irmão umas semanas antes) e dificuldades de adaptação na transição para a vida extrauterina, o que implicou (para além do trabalho de gestão dos recursos nos minutos anteriores à sua chegada) uma rápida identificação de quais os focos de instabilidade, para juntamente com a equipa médica decidir quais as intervenções a implementar, qual a prioridade de cada intervenção e a avaliação dos resultados de forma a passar para a intervenção seguinte. Após a estabilização inicial, os Enfermeiros e EEESIP tiveram igualmente um papel fundamental na manutenção dos cuidados, na vigilância e atuação perante alterações dos parâmetros hemodinâmicos, metabólicos, térmicos e nutricionais (**E2.1**). Esta atuação revela a complexidade da intervenção do EEESIP porque implica a avaliação do RN, incluindo a interpretação dos valores obtidos através dos vários dispositivos médicos existentes e dos exames realizados. Requer, também, conhecimentos sobre a saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da Criança/família, assim como a participação da família. O *Neonatal Integrative Developmental Care Model* de Altimier & Phillips (2016, 2013) define sete medidas centrais<sup>21</sup> que potenciam estes conhecimentos e norteiam o EEESIP no desenvolvimento de cuidados neuroprotetores centrados na família (em situações de risco de vida e não só) através da criação de um ambiente reconfortante e calmante que permita o envolvimento da família nos cuidados e no desenvolvimento do RN, que por sua vez leva à gestão do bem-estar e da dor.

A gestão da dor está presente nos vários contextos de intervenção do EEESIP. Sendo a dor um problema transversal a Crianças de todas as idades e considerada o 5.º sinal vital, o seu controlo é um dever dos Enfermeiros, um indicador de boas práticas, imperativo nos

---

<sup>21</sup> ambiente seguro, parceria com as famílias, posicionamento e manipulação, proteção do sono, minimização do stress e da dor, proteção da pele, e otimização da nutrição.

cuidados às Crianças (Hellsten, 2024; Reis (Coord.) et al., 2013), constitui-se uma das unidades de competências do EEESIP (**E2.2**) e é central aos CNT. Neste âmbito, destaco as intervenções feitas no **SUP** pela oportunidade que tive de conhecer e aplicar diferentes técnicas farmacológicas (inclusive neste serviço é usada a sedação para algumas das intervenções invasivas dolorosas) (**E2.2.2**) e não farmacológicas mencionadas por Reis (Coord.) et al. (2013), atualmente referidas como intervenções biocomportamentais (Hellsten, 2024), são exemplos os que se descrevem de seguida.

Este contexto dispunha de um “Kit sem dor” que continha diverso material lúdico e didático, adequado aos vários Estádios de desenvolvimento, para o alívio da dor, ansiedade e medo. Entre estes destaco peluches, livros que permitiram o uso de técnicas cognitivo comportamentais de gestão da dor, como a distração e a brincadeira terapêutica, e entre outros o Buzzy<sup>®</sup> um dispositivo usado como técnica física, porque reduz a dor através do frio e da vibração (Mendes et al., 2022; Su et al., 2021). Outra técnica de distração que tem vindo a ser considerada eficaz é o uso da realidade virtual (Goktas & Avci, 2023) que também estava disponível no “Kit sem dor” no **SUP**, mas que tive oportunidade de ver aplicada no **SIP** juntamente com uma medida farmacológica, o uso de EMLA<sup>®</sup>. Esta intervenção permitiu uma experiência positiva de punção venosa para aquela criança e família, tornando a experiência da hospitalização menos traumática, visto que um dos stressores da hospitalização é a dor (Fox, 2024).

No contexto de **CSP** a gestão da dor durante a vacinação faz parte das intervenções desempenhadas pelos Enfermeiros, nomeadamente durante as consultas de saúde infantil, visto que o PNV foi harmonizado com o PNSIJ. Neste sentido, tive oportunidade de empoderar os pais sobre as vantagens do AM durante a vacinação, descrito em diversos estudos como a forma mais eficaz e segura, comparativamente a outras técnicas como pele a pele, colo ou soluções de sacarose/glucose, havendo uma moderada certeza de que reduz a dor no lactente (Dar et al., 2019; Mabbott & Bedford, 2023; Mendes et al., 2022; I. T. Rosa et al., 2022; Shah et al., 2023).

Em todas as situações, outro aspeto essencial foi ter presente, de acordo com o MPS de Nola Pender, que experiências anteriores de procedimentos dolorosos, fatores culturais, sociais e pessoais (como a idade) podem ter influência na forma com as Crianças e família percecionam os benefícios e as barreiras destas intervenções. Transversal, também a todas as situações relativas à gestão da dor e medo, foi o envolvimento e presença dos pais que, sabe-se ter um impacto positivo durante procedimentos dolorosos (Rheel et al., 2022; Sabeti et al.,

2021) (exceto quando estes não querem estar presentes, o que deve ser respeitado <sup>22</sup>, como aconteceu numa situação por mim experienciada no estágio em **SUP**). Durante os cuidados que prestei recorri igualmente ao uso do sorriso, do afeto, do carinho, da simpatia e do humor, intervenções que humanizam os cuidados (Diogo et al., 2016) (**E2.2.3**).

A humanização dos cuidados deve ser transversal a todo o tipo de respostas que os EEESIP desenvolvem, nomeadamente no âmbito das doenças raras, que de acordo com a Comissão Europeia os novos diagnósticos surgem 50% das vezes em Crianças. Este tipo de doenças, na sua maioria tem um diagnóstico difícil e tardio, são degenerativas, progressivas, potencialmente fatais e afetam o desenvolvimento e a funcionalidade das pessoas, bem como a sua qualidade de vida e da família. Em alguns casos, se detetadas oportunamente podem ter uma boa evolução, sem impactos na funcionalidade e desenvolvimento das pessoas. Contudo, isso implica que os profissionais de saúde, incluindo o EEESIP, tenham informação sobre estas doenças, sobre centros especializados para onde encaminhar as Crianças e famílias e que exista uma boa comunicação entre todos os intervenientes desde o diagnóstico, à reabilitação e inclusão social, incluindo a acesso à educação especial, que permitam o acompanhamento, em particular das situações mais complexas (Batista et al., 2023; Despacho nº 2129-B/2015; Despacho n.º 5505/2023.). Durante os estágios não tive oportunidade de participar diretamente nas respostas de enfermagem apropriadas às doenças raras (**E2.3**), no entanto a realização deste relatório permitiu-me pesquisar documentos como o “Informação de Apoio à pessoa com Doença Rara” (Cerqueira et al., 2020) editado pela DGS e o site [www.Orpha.net](http://www.Orpha.net), entre outros que vou poder usar, no futuro, como guias e ferramentas.

Neste tipo de doenças, como em todos os cuidados que presta, o EEESIP deve procurar acrescentar ganhos em saúde podendo recorrer a várias terapias complementares (**E.2.4**). As terapias complementares incluem-se no que atualmente a OMS define como Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa (MTCI)<sup>23</sup> (OMS, 2019; OE, 2018). Na Europa, o uso de MTCI em Crianças por profissionais de saúde tem vindo a aumentar todos os anos, motivado pelos efeitos secundários da medicação e internamento longos. A reflexologia, uma das terapias da MTCI mais populares em cuidados pediátricos, é holística, mantém a homeostasia

---

<sup>22</sup> Respeitando a liberdade e, por conseguinte, a autonomia, prevista no artigo 99º do CDE (Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro, 2015)

<sup>23</sup> Medicina tradicional refere-se aos conhecimentos e práticas de manutenção de saúde, prevenção e tratamento de doenças, baseadas em teorias e experiências indígenas de diferentes culturas; Medicina complementar são um conjunto de cuidados de saúde que não fazem parte da medicina convencional de cada país; e a Medicina integrativa diz respeito a uma abordagem que integra as medicinas tradicionais, complementares e convencionais (OMS, 2019, 2024).

e reequilibra o organismo a nível físico, emocional e espiritual, através da estimulação nervosa transcutânea manual e sistemática de pontos reflexos do corpo humano existentes, entre outros, a nível auricular, das mãos e dos pés (Karatas & Dalgic, 2020). Embora a literatura ainda não forneça recomendações fortes, confirma que a reflexologia é eficaz em várias doenças como a perturbação de hiperatividade e deficit de atenção, obstipação, gestão da dor, melhoria da função motora e espasticidade na paralisia cerebral, gestão da epilepsia e alívio da síndrome de abstinência neonatal. É uma terapia adequada para as Crianças, os cuidadores e os sistemas de saúde e tem melhores custos-benefícios que as medicações farmacêuticas. Se a Reflexologia é uma arte do toque e os Enfermeiros os profissionais de saúde que mais tocam as crianças, os EEESIP são os profissionais que melhor o fazem de acordo com Karatas & Dalgic (2020).

Apesar de ter identificado no Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem (Apendice II) que tenho o curso de Reflexologia Podal e que ainda não tinha tido oportunidade de aprofundar na evidência científica outras aplicações na saúde infantil para além do alívio das cólicas e obstipação, nem esclarecer a posição da OE sobre a compatibilidade do exercício de enfermagem com o de Reflexologista, durante os estágios acabei igualmente por não me debruçar sobre esta questão e só na realização deste relatório tomei conhecimento do parecer favorável da OE sobre a compatibilidade entre o exercício das duas funções no SNS, desde que não se obtenham proveitos próprios diretos ou indiretos, uma vez que o Enfermeiro é responsável pelas decisões e cuidados que pratica (E2.4) (OE, 2018). Assim, no futuro poderei ponderar a utilização desta terapia de acordo com a evidência científica, sempre no superior interesse da Criança e se a mesma e a família assim o consentirem.

### **4.3.3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem**

O desenvolvimento infantil é fundamental ao desenvolvimento humano e nos primeiros três anos de vida após o nascimento estabelecemos fundações em termos de saúde e bem-estar que perdurarão por toda a infância, adolescência e vida adulta. A partir do momento da conceção, as Crianças começam um processo de mudança que se estende por toda a sua existência. Estas mudanças levam progressivamente à autorregulação e ao aperfeiçoamento de funções e competências cada vez mais complexas, através do crescimento, da maturação e da aprendizagem, o que permite à Criança viver no meio que a rodeia, e que

interage igualmente com a sua genética (Batista & Brentani, 2023; de Souza & Veríssimo, 2015; Franklin & Prows, 2017; Martorell et al., 2020; OMS et al., 2018).

Posto isto, e de forma a garantir ganhos em saúde para as Crianças, é fundamental que o desenvolvimento e crescimento sejam avaliados, sendo esse o primeiro objetivo do PNSIJ. Todas as Crianças são diferentes, crescem e desenvolvem-se de forma não linear ou contínua, mas previsível. Assim, para que o Enfermeiro e o EEESIP possam avaliar o perfil de desenvolvimento de cada Criança, é necessário o uso de um instrumento de avaliação de fácil utilização, seguro e fiável. Desta forma, e se aplicado sistematicamente nas consultas das idades chave, conforme preconizado no PNSIJ, podem ser identificadas incapacidades ou atrasos dos ritmos de desenvolvimento (DGS, 2013; Pestana, 2010).

A avaliação de desenvolvimento pode e deve ser feita em qualquer contexto de atuação do EEESIP. Contudo, destaco principalmente as intervenções desenvolvidas nos contextos **CDI** e de **CSP**. Nas consultas de vigilância de saúde dos **CSP** tive oportunidade de realizar exames objetivos, avaliações antropométricas, avaliação dos reflexos primitivos e do desenvolvimento psicomotor (**E3.1.1**), nomeadamente através da Escala de Desenvolvimento Mary Sheridan Modificada, preconizada no PNSIJ e que constava também do programa informático utilizado — SClínico<sup>®</sup>. Esta escala serve como referência dos padrões normais de desenvolvimento e dos sinais de alarme, para cada faixa etária. Permite igualmente usar brinquedos terapêuticos, de forma intencional, para realizar estas avaliações, inclusive quando a criança está a brincar e não se sente observada ou ao colo dos pais (DGS, 2013).

A avaliação do desenvolvimento começa desde o momento que se observa a Criança e família na sala de espera, até saírem do gabinete. Para além desta observação crítica, durante os estágios as conversas com os pais foram fundamentais porque permitiram a partilha das suas suspeitas e preocupações, que devem ser valorizadas, visto que é com eles que a Criança passa mais tempo e são uma forma de fortalecer a aliança parental (DGS, 2013; Pestana, 2010). No contexto de **CDI** tive oportunidade de utilizar de forma livre outro instrumento de avaliação, que deriva do trabalho da Dra. Mary Sheridan, a *Schedule of Growing Skill II* (Bellman et al., 1996), em simultâneo com o modelo DIR/Flortime<sup>™</sup> que dá ênfase ao trabalhar a relação com a Criança e ao seguir os interesses desta, como forma de realizar uma avaliação abrangente e uma intervenção adaptada aos desafios e pontos fortes de cada Criança (Greenspan & Wieder, n.d.). Sobre estes refleti mais aprofundadamente na Reflexão do estágio em CDI (Apêndice XII), o que motivou mudanças na minha prestação de cuidados no meu local de trabalho, em que tento cada vez mais dar primazia à avaliação da relação da criança com e

no ambiente, investindo no brincar, sendo esse o foco da consulta que guia as restantes avaliações (Greenspan & Wieder, n.d.; Liao et al., 2014). Nesta reflexão concluiu também que o EEESIP é fundamental na articulação com toda a equipa multidisciplinar e com a comunidade, pela sua visão integral e holística, sendo importante também no apoio à inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.

Como resultados das avaliações feitas nas consultas dos **CSP** e **CDI**, foram identificadas diversas situações de alarme, atrasos no desenvolvimento da visão e perturbações do neurodesenvolvimento. Nestas consultas foi fundamental o trabalho de equipa entre os profissionais de saúde (incluindo o EEESIP) e os pais, e que suportasse o máximo potencial de cada criança, visto que nem sempre os pais estavam despertos para os atrasos no desenvolvimento identificados pelos profissionais. Nestes casos foi importante salientar o desenvolvimento alcançado pela Criança; questionar sobre possíveis preocupações; salientar as preocupações e atrasos identificados em consulta pelo EEESIP e/ou médico; como isso podia afetar o comportamento da criança; perceber quais as esperanças dos pais; e por fim discutir o plano de cuidados adequado (Brazelton Touchpoints Center, 2021), que em alguns casos passou pela referência para a consulta de desenvolvimento, ou no **CDI** o encaminhamento para outros técnicos do centro ou das Equipas Locais de Intervenção, inseridas no Sistema Nacional de Intervenção precoce na Infância (SNIPI)<sup>24</sup>, no sentido de garantir uma intervenção precoce (Decreto-Lei n.º 281/2009; DGS, 2013; Pestana, 2010) (**E3.2.7**).

Para além de gerir situações anteriormente descritas, o EEESIP deve incentivar o envolvimento dos pais de todas as Crianças na estimulação do desenvolvimento, através de orientações antecipatórias (DGS, 2013; Pestana, 2010). A OMS (2020a) refere que todos os lactentes e *toddlers* devem ter precocemente oportunidades de aprendizagem com os seus pais e estes devem ser apoiados nesta Estimulação Precoce de Desenvolvimento. Isto enquadra-se no *Nurturing Care Framework* que inclui igualmente outros componentes como Segurança e Proteção, Cuidado Responsivo, Boa Saúde e Nutrição Adequada (OMS et al., 2018), que podem e devem ser abordados nos cuidados antecipatórios realizados nas consultas de saúde infantil como previsto no PNSIJ e também noutros contextos.

Para transmitir as orientações antecipatórias, como forma de estimular as famílias a tomar decisões informadas para alcançarem os seus objetivos de saúde e como ponto de

---

<sup>24</sup> que foi criado em 2009, na sequência da Convenção dos Direitos da Criança artigo 24º ponto 1 “Os Estados Partes reconhecem à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reeducação.” (Instituto de Apoio à Criança, 2020).

partida na identificação das forças e competências preexistentes e percebidas — essenciais ao empoderamento (Cattaneo & Goodman, 2015) — podem ser usados vários recursos, nomeadamente: folhetos, pósteres ou o Boletim de saúde infantil e juvenil, onde consta o que é expectável para cada idade (podendo ser necessário nos casos de Crianças portadoras de doenças crónicas, incapacidades ou doenças raras adaptar para cada realidade). Com esta informação o EEESIP pode incentivar os pais a identificar o que a Criança consegue fazer e que atividades podem ser desenvolvidas, que já realizem ou que podem começar a realizar, promotoras do máximo potencial de cada criança (**E3.1.3**), tal como explanado no estudo de caso referido anteriormente.

As orientações antecipatórias estendem-se a todos os estádios de desenvolvimento e são um fator de promoção da saúde, prevenção da doença e também facilitadoras do exercício da parentalidade (DGS, 2013). Durante o internamento, ou noutras situações de necessidades especiais, o exercício da parentalidade pode ter de ser adaptado a cada situação, e o tipo de cuidados de enfermagem recebido durante esse período influencia essa adaptação (Cristina et al., 2023; Fox, 2024; Lean et al., 2018; Nelas (coord.) et al., 2015). Compete ao EEESIP a avaliação do desenvolvimento da parentalidade (**E3.2.1**) e durante os estágios que realizei esta avaliação esteve presente principalmente: nas primeiras consultas de saúde infantil nos **CSP**, onde tive oportunidade de fazer esta avaliação de forma a perceber se os pais apresentavam comportamentos facilitadores da incorporação do RN na família; no contacto com as famílias com Crianças internadas no **SIP**, **SUP** e **Neonatologia** no sentido de perceber se os comportamentos durante o internamento continuavam a ser optimizadores do crescimento, desenvolvimento e vinculação. Por exemplo: informando sobre os recursos disponíveis em cada serviço, como os brinquedos promotores do desenvolvimento; e empoderando os pais para participar nos cuidados, se assim o desejassem (Cristina et al., 2023; Fox, 2024; Lean et al., 2018; Nelas (coord.) et al., 2015).

Uma das formas de participar nos cuidados em **Neonatologia**, e que tive oportunidade de presenciar e promover, é o recurso ao método canguru, que simultaneamente promove o AM, o contacto pele a pele e a vinculação (Kostandy & Ludington-Hoe, 2019; OMS & UNICEF, 2020; WHO Immediate KMC Study Group, 2021) (**E3.2.4**). A vinculação é fundamental para a proteção/sobrevivência e a socialização/modelação de relações futuras, porque garante a satisfação das necessidades físicas e psicossociais do bebé (Bowlby, 1984) e porque é uma parte importante da parentalidade (Nelas (coord.) et al., 2015). Assim, é fundamental que o EEESIP, nos casos de RN doentes ou com necessidades especiais potencie este sistema

comportamental inato, porque sabe-se que a hospitalização, em especial de RN prematuros parece aumentar o stress parental e reduzir as interações pais-Criança e pode afetar a capacidade dos pais de lidar com as suas competências parentais, o que tem um impacto no neurodesenvolvimento dos RN (Altimier & Phillips, 2016; Chavan et al., 2024; Grunberg et al., 2020; Lean et al., 2018; Ono & Asano, 2023) (E3.2).

Na primeira fase do desenvolvimento do vínculo, o nível de resposta que os pais dão aos comportamentos instintivos que o RN usa para promover contacto e proximidade, é fundamental para a qualidade de vinculação (Ainsworth et al., 2014). Neste sentido, se os pais conhecerem as principais competências do RN, é possível promover o neurodesenvolvimento do RN, o comportamento interativo entre RN e famílias (E3.2.2), e as suas competências parentais, facilitando uma participação ativa e contínua. No **SIP** este aspeto era fundamental para as famílias do RN prematuro que se encontravam internados para aquisição de autonomia alimentar. Para estas famílias foi muito importante empoderá-las, entre outros temas, quanto às competências oromotoras dos RN, no sentido de promover a sua autonomia quanto à alimentação, assim como relativamente a outras atividades parentais, como a proteção do sono. Neste sentido, com o intuito de avaliar a adoção de comportamento promotores da parentalidade e da saúde da Criança foi criado o questionário referido anteriormente (apêndice VIII).

No âmbito da vinculação preconiza-se que o EEESIP promova a amamentação (E3.2.5). Para além do apoio direto que providenciei às famílias sempre que necessário, através da revisão da evidência científica identifiquei os principais determinantes do AM, pelo que era importante em cada local de estágio identificar quais estavam presentes e como forma de antever e planear possíveis intervenções facilitadoras do empoderamento sobre o AM. Por conseguinte, criei uma grelha de observação para assinalar se os determinantes eram positivos ou negativos para os objetivos de promover o AM (Apêndice XIII). Esta grelha permitiu mais facilmente discutir com as orientadoras e/ou pais as necessidades existentes relativamente à potencialização dos recursos existentes ou ao desenvolvimento de outros recursos facilitadores do empoderamento sobre o AM. Assim, em conjunto com todos os intervenientes desenvolvi diferentes folhetos e pósteres (Apêndice XIV e apêndice XV) que foram inclusive revistos e corrigidos também pelos pais. Em especial nos **CSP**, organizei para conhecimento dos profissionais, uma tabela com os nomes, imagens e preços médios de alguns dos produtos que podem ser usados para facilitar o AM, para que sejam mais facilmente identificados pelas famílias (Apêndice XVI).

Posteriormente ao estágio em **SIP**, tive oportunidade de assistir à conferência de Mary Coughlin “O impacto do internamento na neonatologia na alimentação oral”, no âmbito do 4.º Seminário de Investigação do Projecto NIDCare (Anexo V). Esta conferência levou-me a refletir sobre os cuidados de Enfermagem que prestei no contexto de SIP, focados no desenvolvimento infantil, mas principalmente no âmbito da autonomia alimentar, por vezes esquecendo a visão holística da Criança como um todo, e priorizando a alimentação sobre o sono. No entanto, a base de todas as atividades humanas é a alternância entre o sono e a vigília que otimizam a fisiologia, o comportamento, a segurança e a saúde. Só quando a Criança está física, comportamental e emocionalmente preparada para a interação é que os cuidados, como a alimentação, podem acontecer sem haver nenhum efeito pernicioso. No que diz respeito ao comportamento do RN (que pode ser dividido de uma forma genérica em estado de sono, estado de sonolência, estado de alerta e choro) alguns autores mencionam que o estado de alerta calmo ou ativo são os ideais para a alimentação oral. Assim, é importante que o sono seja protegido e sempre que possível, não seja interrompido; ao ser interrompido não é criado um padrão de sono saudável, nem estamos a promover o neurodesenvolvimento que possibilita a aquisição de competências oromotoras e de autonomia alimentar (Brantes & Curado, 2023; Coughlin et al., 2009; Coughlin, 2020). Este é um aspeto sobre o qual importa empoderar os pais e profissionais.

O empoderamento parental feito durante o **SIP** pode ser também encarado como promotor de esperança, porque permitiu que os pais estivessem orientados para o futuro e com recursos para ultrapassar as dificuldades e atingissem os objetivos (**E3.2.5**). A esperança é uma experiência multidimensional complexa de propósito e sentido de vida, orientada para o futuro, empoderadora, relacionada com o cuidado, essencial à determinação de objetivos realistas no processo saúde-doença, que contribui para a promoção da saúde e para a capacidade de lidar com a crise (Charepe et al., 2011; Maravilha et al., 2021; Marques et al., 2011; Pires, 2006). Durante os internamentos ou perante condições crónicas, as intervenções promotoras de esperança são fulcrais, sendo para isso importante ser feita uma avaliação do tipo e dimensão de esperança daquela criança-família, que pode ser: Geral relacionada com a forma de ser, a filosofia de vida, a capacidade de resistir e reagir; ou mais Específica relacionada com esperar conseguir ultrapassar as dificuldades e confiar no futuro (Magão, 2017; Pires, 2006). No estágio de **CSP** tive igualmente oportunidade de refletir conjuntamente com as EEESIP sobre este tema, que neste serviço era intencionalmente trabalhado com as famílias

com crianças com condição crónica, como a Perturbação do Espectro do Autismo, ou famílias com infertilidade (**E3.2.3**).

A promoção da esperança, do desenvolvimento, da vinculação, da parentalidade e todas as intervenções do EEESIP implicam comunicar porque a comunicação é essencial às relações humanas (Bottomley & Pryjmachuk, 2019). Com a Criança e família é importante adequar a comunicação à cultura, ao estágio de desenvolvimento e ao autoconhecimento, para que a comunicação seja eficaz e se ultrapassem as principais barreiras comunicacionais, como as linguísticas e culturais (Valizadeh et al., 2017). Neste sentido, por vezes pode ser necessário usar um intérprete ou fazer consultas em inglês, como foi um dos casos, nos **CSP**, de uma família natural de Timor que era apoiada por uma instituição, com outras pessoas também Timorenses e que apoiam recém-chegados a Portugal, e faziam esta tradução. A tradução ajuda a criar um diálogo de saúde que implica o reconhecimento da diversidade cultural, um dos construtos da competência transcultural, importante para garantir a equidade com famílias de outras culturas e/ou que não falam a mesma língua<sup>25</sup> (Campinha-Bacote, 2002; Johansson et al., 2016; Valizadeh et al., 2017). Por sua vez, essencial para assegurar cuidados culturalmente competentes que implicam que o EEESIP tenha sensibilidade, consciência, respeito, aptidões e conhecimentos sobre a influência dos fatores culturais e sociais, nas crenças e comportamentos de saúde da Criança e família e como podem ser integrados na prestação de cuidados, para que sejam cuidados de qualidade e indo ao encontro da filosofia dos CCF (Colégio da Especialidade de ESIP da OE, 2011; Kaihlanen et al., 2019; Leininger & Macfarland, 2002; Valizadeh et al., 2017) (**E1.1.2** e **E3.3.2**)

Ainda no que diz respeito à comunicação, fomentei a comunicação escrita através do uso do Boletim de Saúde Individual por parte da família para esclarecer e apontar dúvidas (principalmente nos **CSP**), por outro lado estimei igualmente o uso do Boletim pelos profissionais de saúde, principalmente nos contextos hospitalares, como forma de facilitar a comunicação entre profissionais dos vários contextos. Nos diferentes estágios usei ainda outras técnicas de comunicação para me adaptar ao estágio de desenvolvimento da Criança. No **SUP**, principalmente na triagem tive o cuidado, de quando tinha de falar maioritariamente com os pais, manter sempre contacto visual também com as Crianças; na sala de tratamentos em crianças com menos de 5 anos explicava o procedimento aos pais e à criança com linguagem simples e concreta. No **CDI** foi frequente o recurso aos brinquedos e à brincadeira

---

<sup>25</sup> Implícito no ponto 10 da carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários (Tavares et al., 2021).

como técnica de comunicação com as Crianças. Nos **CSP**, na consulta dos Adolescentes, a Enfermeira não usava bata (que pode ser uma forma de comunicação não verbal [Sanna et al., 2020]) para ser menos uma barreira e pedia, logo no início da consulta, que os pais não entrassem para garantir a privacidade e a atenção exclusiva ao adolescente e para motivar os jovens a ser autónomos e a assumir a gestão da sua saúde (**E1.1.3** e **E3.3.1**) (Scott, 2024).

Para guiar a entrevista, na consulta a Enfermeira usava o instrumento desenhado para avaliar a história psicossocial dos adolescentes, conhecido na sua última versão, de 2014, por HEEDSSS 3.0 e recomendado pelo PNSIJ. O nome do instrumento consiste numa mnemónica em que cada inicial corresponde a um tema a abordar na entrevista<sup>26</sup>. Assim, com este instrumento simples e uniformizado há mais probabilidade de detetar problemas suficientemente cedo, que permita abordar os problemas de autoestima ou de imagem corporal (**E3.4.2**) e reduzir a morbilidade e mortalidade dos adolescentes, trabalhando os pontos fortes e os comportamentos de risco associados à ilusão de invencibilidade e à aquisição de autonomia inerentes a este estágio de desenvolvimento (Completo et al., 2023; DGS, 2013; Goldenring & Rosen, 2004; Klein et al., 2014) (**E3.3.3** e **E3.4**). Este instrumento de avaliação é igualmente uma ferramenta que pode facilitar a promoção da autoestima e autodeterminação do adolescente. Nomeadamente, através da facilitação da expressão de emoções (**E3.4.1**), uma vez que preconiza questões abertas, que podem incluir temas relacionados com a identidade de género. Este tema é um dos principais nas consultas do Adolescentes do **CSP** e que foi também debatido, posteriormente, na aula aberta “Diversidade de género em crianças e jovens- que desafios éticos enfrenta o Enfermeiro especialista?” (Anexo VI) por ser um campo de atuação relativamente recente e que precisa de ser trabalhado para reduzir a discriminação, o estigma e as barreiras estruturais a que esta população vulnerável está sujeita. O EEESIP tem a possibilidade de ser o promotor da educação sobre este assunto nos vários contextos de atuação em que intervém. Contribui para que estes adolescentes e família se sintam respeitados e apoiados nas questões de saúde mental e socioculturais muitas vezes associadas, e desta forma ajuda a reduzir a tendência de evitarem o acesso aos cuidados de saúde (Ziegler, 2021).

Ainda sobre entrevistas a adolescentes Klein et al. (2014) salienta a importância de se abordar também os pontos fortes dos adolescentes, porque ao focar apenas os fatores de

---

<sup>26</sup> 1) **H**ome (Casa/ família); 2) **E**ducation and Employment (Escola e emprego); 3) **E**ating (alimentação) 4) **A**ctivities and Peers (Atividades e Amigos); 5) **D**rugs (Drogas); 6) **S**exuality (Sexualidade); 7) **S**uicide/ depression (Suicídio/ depressão), 8) **S**afety from injury and violence (Segurança/ acidentes/ violência) – tradução livre de Klein et al., 2014.

risco, o Enfermeiro pode induzir sentimentos de vergonha e dificultar o estabelecimento da relação e da criação de um espaço de reflexão sobre os interesses, valores e motivações dos adolescentes, que favoreçam o controlo da própria vida de forma responsável (**E3.4.4**). No contexto de **SIP** foi ao conversar com o adolescente com epilepsia sobre os seus interesses desportivos e académicos para o futuro, que surgiu a necessidade de procurar a Liga portuguesa contra a epilepsia como forma de potenciar os mecanismos de *coping* para lidar com a sua condição de saúde e, desta forma promover o empoderamento.

#### **4.4. Competências de mestre**

O grau de mestre implica a demonstração dos atributos definidos no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018). No que diz respeito ao EEESIP, envolve o desenvolvimento e aprofundamento dos conhecimentos adquiridos enquanto Enfermeiro generalista, numa perspetiva mais específica na área da saúde infantil e pediátrica e, para além disso, implica aprender novos conceitos e conseguir aplicá-los de uma nova forma, o que pode implicar realizar investigação e desenvolvimento de projetos. Está igualmente implícito que o mestre deve conseguir mobilizar estes conhecimentos para promover a reflexão, compreensão e resolução de situações novas e complexas, em diferentes contextos, considerando as suas implicações éticas e sempre que pertinente comunicando estes raciocínios e conclusões a outros Enfermeiros ou profissionais, para contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem com base na evidência científica. O curso de mestrado, e a elaboração deste relatório, foram potenciadores de oportunidades para a aquisição e desenvolvimento de novos conhecimentos e habilidades, bem como de confronto com situações complexas sobre as quais se analisou e refletiu; foram geradores de novas relações com colegas de diferentes áreas da saúde infantil; e despoletaram o desenvolvimento de um trabalho de investigação (Apêndice XI), que espelham os atributos das competências de mestre.

Neste sentido, importa igualmente salientar que as competências de mestre estão intrinsecamente ligadas com as competências comuns do EE, já que incluem competências no domínio da melhoria contínua da qualidade e do desenvolvimento profissional (Regulamento n.º 140/2019) e com as competências específicas do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018.) que implicam dar respostas em situações complexas, antecipar e responder a necessidades da Criança e família, nas diversas áreas da saúde infantil e pediátrica.

## 5. Considerações Finais e Projetos Futuros

A conclusão deste relatório é a concretização de um sonho e o resultado de toda a resiliência que foi necessário desenvolver, para que as dificuldades com que me deparei fossem transformadas em autoconhecimento a todos os níveis e em desenvolvimento profissional.

O EEESIP deve ter competências que lhe permitam usar o julgamento clínico na tomada de decisão para atuar em situações complexas, sendo que a realização de todo o percurso de mestrado foi também uma das primeiras situações complexas com que me deparei. De uma forma gradual, e em crescendo de complexidade, fui adquirindo novos conhecimentos técnico-científicos e relacionais, bem como a habilidade para os aplicar e, através da prática reflexiva, fui desenvolvendo competências de EE, EEESIP e mestre que vão continuar a ser aprofundadas durante a minha prática profissional e crescimento pessoal, que espero no futuro permitam alcançar a perícia (Alarcão & Rua, 2005; Benner et al., 2001).

Para além disso, do desenvolvimento de competências comuns e específicas em ESIP, outro dos objetivos era desenvolver competências especializadas no empoderamento parental para a promoção da manutenção do AM até aos 6 meses. Sendo o empoderamento, segundo o MPE de Cattaneo e Chapman, um processo que envolve o estabelecimento de um objetivo pessoal orientado para o poder; seguido da tomada de medidas para o alcançar; e por fim a reflexão sobre o impacto dessas medidas. Sinto que todo este percurso teve também como resultado o meu próprio empoderamento, estando agora na fase de refletir sobre o impacto deste processo e a redefinir os planos para os objetivos futuros neste âmbito.

Ao longo de todo o percurso procurei perceber como podia ajudar os pais a terem como objetivo o AM até à idade recomendada pelas várias entidades nacionais e internacionais. Para tal acontecer, foi necessário conhecer os diferentes contextos, os recursos existentes, mas acima de tudo foi muito importante perceber qual a perceção de autoeficácia, os conhecimentos prévios e as exigências/condicionantes (conceitos centrais do MDS de Nola Pender) de cada família, para com elas e juntamente com as equipas de cada local de estágio, desenvolver as melhores ações para que o AM até aos 6 meses fosse alcançado.

Penso que em todos os locais deixei o meu contributo quanto ao AM, no sentido de facilitar este processo de empoderamento por parte também de outros Enfermeiros. Apesar de por vezes, ter sido difícil conjugar com o desenvolvimento das restantes competências exigidas a um EEESIP e de nem sempre ter consigo desenvolver todas as atividades planeadas, considero que consegui propor e adaptar outras atividades de forma a ter um equilíbrio para atingir os dois objetivos propostos.

Na continuação deste percurso pretendo investir na minha formação na área da Saúde Infantil e Pediatria, no sentido de: continuar a prestar cuidados suportados na evidência, holísticos, humanizados, centrados na Criança e família e de qualidade; e de contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem. Para tal, tenciono operacionalizar o protocolo de revisão sistemática da literatura qualitativa já iniciado e que vai ser divulgado na 2.<sup>a</sup> Conferência Internacional do Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR). Gostava igualmente de dinamizar um grupo de trabalho sobre alimentação e AM na instituição onde desempenho funções e dar continuidade ao projeto recentemente autorizado de implementação do uso do Buzzy<sup>®</sup> e da realidade virtual para a gestão da dor.

Em suma, este é o fim da primeira etapa de um processo contínuo que é o crescimento pessoal, o desenvolvimento enquanto Enfermeira e o desenvolvimento de competências de EE e EEESIP.

## Referências Bibliográficas

- Abreu, W. C. (2007). *Formação aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, Teorias e considerações didáticas*. Formasau.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (2014). Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation [ebook]. In *Patterns of Attachment*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315802428>
- Al Shahrani, A., Hushan, H., Binjamaan, N., Binhuwaimel, W., Alotaibi, J., & Alrasheed, L. (2021). Factors associated with early cessation of exclusive breast feeding among Saudi mothers: A prospective observational study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(10), 3657. [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_852\\_21](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_852_21)
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinarity, clinical placements and development of competences. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*.
- Allen, P. J. (2010). The Primary care Provider and children with Chronic Conditions. In P. J. Allen, J. A. Vessey, & N. A. Schapiro (Eds.), *Primary Care of the Child with a Chronic Condition* (5th Edition, pp. 3–21). Mosby Elsevier.
- Alligood, M. R. (2022). Introduction to Nursing Theory: Its History and Significance. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and Their Work* (Tenth Edition). Elsevier.
- 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>
- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9–22. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
- Amaral, G., & Figueiredo, A. S. (2021). Developing preceptors' skills: Experts' view. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2021(5). <https://doi.org/10.12707/rv20036>
- Andrades, G. R. H., Costa, C. A. D., Crestani, F., Tonial, C. T., Fiori, H., Santos, I. S., & Garcia, P. C. R. (2022). Association of nutritional status with clinical outcomes of critically ill pediatric patients with complex chronic conditions. *Clinical Nutrition*, 41(12), 2786–2791. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.10.019>
- Antonopoulos, S., Ioannidou, L., Theologi, V., Moschoviti, A., Kadditi, S., Lilikaki, G., Malami, V., & Lymperopoulou, M. (2023). Pews vs Empirical Triage: A Comparison Between Two Triage

- Systems in A Pediatric Hospital. *International Journal of Caring Sciences*, 16(3), 1205–1220.  
[www.internationaljournalofcaringsciences.org](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org)
- Araújo, T. P., Formigosa, L. A. C., & Maciel, A. P. (2020). Prevalência e fatores associados ao desmame precoce: uma revisão integrativa. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 10(59), 4508–4521.  
<https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i59p4508-4521>
- 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. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 12, 199–212.  
<https://doi.org/10.1007/s40271-018-0336-2>
- Aydogdu, A. L. F. (2023). Exploring Different Aspects of Nursing Leadership: An Integrative Review of Qualitative Studies. *Modern Care Journal*, 20(4).  
<https://doi.org/10.5812/modernc-130402>
- Bai, Y. K., & Alsaïdi, M. (2024). Sustainable Breastfeeding: A State-of-the Art Review. *Journal of Human Lactation*, 40(1), 57–68.  
<https://doi.org/10.1177/08903344231216094/FORMAT/EPUB>
- Bandura, A. (1994). Self-Efficacy. In Ramachaudran V. S. (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior* (Vol. 4, pp. 71–81). Academic Press.  
[https://happyheartfamilies.citymax.com/f/Self\\_Efficacy.pdf](https://happyheartfamilies.citymax.com/f/Self_Efficacy.pdf)
- Batista, A., Barbosa, A., Cardoso, F., Santos, G., Costa, G., Silva, I., Silva, J., Santos, K., Santos, N., & Costa, L. (2023). Conceitos e epidemiologias sobre as deficiências e doenças raras. In Laura Costa & R. Silva (Eds.), *Consulta de Enfermagem à criança com deficiência e doenças raras* (pp. 15–68). EDUFBA.
- Batista, C. L. C., & Brentani, A. V. M. (2023). Analysis of the influence of the timing of enrollment in daycares on child development. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(4).  
<https://doi.org/10.1590/0102-311XPT150622>
- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (1996). *Schedule of Growing Skills II. User's Guide*. GL Assessment. <https://support.gl-education.com/media/2407/sgs-ii-user-guide.pdf>
- Benner, P., Queirós, A. A., & Lourenço, B. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Borges Rodrigues, S. (2022). *Empowerment counselling in nursing well-child visits for healthy family lifestyles* [Tese Doutorado, Universidade de Lisboa].  
<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/58259>

- 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>
- Borges Rodrigues, S., Parisod, H., Barros, L., & Salanterä, S. (2022). Examining Empowerment Interventions With Families and Preschool Children: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. In *Health Education and Behavior* (Vol. 49, Issue 2, pp. 358–377). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/10901981211031444>
- Bottomley, J., & Prymachuk, S. (2019). *Communication Skills for your nursing degree*. Critical Publishing.
- Bowlby. (1984). *Apego e perda: Apego: Vol. volume I* (1ª edição). Martins Fontes.
- Branco, J., Manuel, A. R., Completo, S., Marques, J., Antão, R. R., Gago, C. P., Paulino, E., Voutsen, O., & Barroso, R. (2023). Prevalence and Predictive Factors of Exclusive Breastfeeding in the First Six Months of Life. *Acta Médica Portuguesa*. <https://doi.org/10.20344/AMP.18692>
- Brantes, A. L., & Curado, M. A. (2023). *Competências oro-motoras do recém-nascido* (1ª Edição). Lidel.
- Brazelton Touchpoints Center. (2021). *Development is a Journey Implementation Guide A Conversation Roadmap for Pediatric Primary Care Providers*. <https://www.brazeltontouchpoints.org/wp-content/uploads/2021/06/Development-is-a-Journey-Conversation-Roadmap-Pediatric-Providers-Implementation-Guide.pdf>
- Brodsky, A. E., & Cattaneo, L. B. (2013). A Transconceptual Model of Empowerment and Resilience: Divergence, Convergence and Interactions in Kindred Community Concepts. *American Journal of Community Psychology, 52*(3–4), 333–346. <https://doi.org/10.1007/s10464-013-9599-x>
- Caicedo, C. (2014). Families with special needs children: family health, functioning, and care burden. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 20*(6), 398–407. <https://doi.org/10.1177/1078390314561326>
- Cain, C. M. (2024). Health Promotion of the Infant and Family. In Hockenberry, Duffy, & Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th Edition, pp. 338–347). Elsevier.
- Campinha-Bacote, J. (2002). *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care*.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing, 22*, 1058–1062.

- 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>
- Cattaneo, L. B., & Goodman, L. A. (2015). What is empowerment anyway? A model for domestic violence practice, research, and evaluation. *Psychology of Violence*, 5(1), 84–94. <https://doi.org/10.1037/a0035137>
- Cerqueira, A., Leão, A., Pereira, C., Santos, C., Rocha, C., Isidoro, G., Landeiras, L., Maciel, P., Nascimento, R., & Fonseca, V. (2020). *Informação de Apoio à Pessoa com Doença Rara* (DGS, Ed.). [https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/02/Manual\\_apoio\\_doenca\\_rara.pdf](https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/02/Manual_apoio_doenca_rara.pdf)
- Charepe, Z. B., Figueiredo, M. H. J. S., Vieira, M. M. S., & Neto, L. M. V. A. (2011). (Re)descoberta de Esperança na Família da Criança com doença crónica através do genograma e ecomapa. *Contexto Enfermagem*, 20(2), 349–358.
- Chavan, A., Paul, N., Manerkar, S., Krishna DSN, A., Gupta, A., Sahu, T. K., Kalathingal, T., Krishna, V. V., & Mondkar, J. (2024). Impact of kangaroo father care in stable very low birth weight infants on father-infant bonding. *Journal of Neonatal Nursing*, 30(3), 293–296. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2023.10.012>
- Christian, P., Smith, E. R., Lee, S. E., Vargas, A. J., Bremer, A. A., & Raiten, D. J. (2021). The need to study human milk as a biological system. *American Journal of Clinical Nutrition*, 113(5), 1063–1072. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqab075>
- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadrosqualidadecuidadosespecializadosenfermagemsaudecriancajovem.pdf>
- Comité Português para a UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. [https://www.unicef.pt/media/2766/unicef\\_convenc-a-o\\_dos\\_direitos\\_da\\_crianca.pdf](https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf)
- Completo, S., Guerra, A. T., Coelho, R., Almeida, H. I., & Loureiro, H. C. (2023). HEADS-ED: Tradução e Adaptação de uma Escala de Rastreamento de Patologia Mental em Adolescentes Portugueses. *Gazeta Médica*, 10(4), 272–281.
- Coughlin, M. E. (2020). *Transformative Nursing in the NICU*. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826154323>

- Coughlin, M., Gibbins, S., & Hoath, S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: Theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2239–2248. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05052.x>
- Council of Europe. (2011). *Guidelines on child-friendly health care*. <https://rm.coe.int/168046ccef>
- Cristina, P., Mesquita De Sousa, M., Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos de Saúde* 8, 15, 4–17. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11580>
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Livpsic.
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M., & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. In *International Journal of Nursing Studies* (Vol. 85, pp. 19–60). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
- Dantas, B. P., Tassara, K. R., Moraes, P. H. A. de, Oliveira, R. A. de, & Ansaloni, L. V. S. (2020). A colaboração do enfermeiro no processo de amamentação por primíparas: superando barreiras e dificuldades. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 10(56), 3226–3237. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i56p3226-3237>
- Dar, J. Y., Goheer, L., & Shah, S. A. (2019). Analgesic Effect of Direct Breastfeeding during BCG Vaccination in Healthy Neonates. In *J Ayub Med Coll Abbottabad* (Vol. 31, Issue 3). <http://www.jamc.ayubmed.edu.pk>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Assembleia Da República. Diário Da República, Série I*(n.º 157/2018 de 2018-08-16), 4147–4182. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 281/2009. (2009). Cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. *Ministério Da Saúde. Diário Da República, Série I*(n.º 193 de 2009-10-06), 7298–7301. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/281/2009/10/06/p/dre/pt/html>
- Decreto-lei n.º 47344. (1966). Aprova o Código Civil e regula a sua aplicação - Revoga, a partir da data da entrada em vigor do novo Código Civil, toda a legislação civil relativa às matérias que o mesmo abrange (Versão consolidada). *Diário Da República, Série I-Secção II*(N.º 274/1966, de 1966-11-25). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/47344/1966/p/cons/20220208/pt/html>

- Despacho n.º 2129-B/2015. (2015). Aprova a Estratégia Integrada para as Doenças Raras 2015-2020 e revoga o Programa Nacional para as Doenças Raras, aprovado em 2008, e a criação de uma Rede Nacional de Centros de Referência para Doenças Raras, aprovada em 2011, pelo Ministério da Saúde Ministérios da Saúde, da Educação e Ciência e da Solidariedade, Emprego e segurança Social. *Diário Da República, 2º Suplemento, Série II*(n.º 41 de 2015-02-27), 5190 (8)-5190-(10). <https://files.dre.pt/2s/2015/02/041000002/0000800010.pdf>
- Despacho n.º 5505/2023. (2023). Constitui o Grupo de Trabalho Intersectorial para as Doenças Raras, com o objetivo de elaborar o Plano Nacional Intersectorial para as Doenças Raras. *Presidência Do Conselho de Ministros, Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Educação, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. Diário Da República, Série II*(n.º 92 de 2023-05-12), 18–20. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2023/05/092000000/0001800020.pdf>
- Despacho n.º 9369/2021. (2021). Alteração ao plano de estudos do curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. *Diário Da República, Série II*(n.º 186 de 2021-09-23), 139 140-140. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9369-2021-171775646>
- Despacho n.º 9390/2021. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021 -2026). *Assembleia Da República. Diário Da República, 2ª Série*(n.º 187 de 2021-09-24), 96–103. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Despacho n.º 10901/2022. (2022). Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). *Assembleia Da República. Diário Da República, 2ª Série*(n.º 174 de 2022-09-08), 93. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>
- Despacho n.º 13056/2023. (2023). Constitui a Comissão para a Promoção do Aleitamento Materno. *Gabinete Da Secretária de Estado Da Promoção Da Saúde, Diário Da República, Série II*(n.º 244 de 2023-12-20), 272–273. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13056-2023-808130290>
- DGS. (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens . Guia prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção* (B. Menezes & V. Prazeres, Eds.). DGS e Divisão de Comunicação e Promoção de Saúde no Ciclo de Vida.

- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- DGS. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*.
- DGS. (2018). *Norma n.º 002/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. Portugal. SNS. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediate.pdf>
- DGS, Freitas, M. da G. (coord. ), & Mestre, R. (coord. ). (2022). *Programa Nacional para a promoção da alimentação saudável*. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Diogo, P., Lemos e Sousa, O., Rodrigues, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2020). Cuidar da Criança com condição crônica e de sua família: Competência Emocional dos Enfermeiros Pediatras. In M. A. M. Gaíva, B. R. G. de O. Toso, & M. A. Mandetta (Eds.), *Proenf Saúde da Criança e do Adolescente* (Vol. 1, pp. 81–117). Secad - Artmed.
- Diogo, P., Vilelas, J., Cruz, D., Portuguesa, V., & Rodrigues, L. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47.
- Docherty, S. L., Brandon, D., Superdock, A. K., & Bartfield, R. C. (2019). Impact of Chronic Illness, Disability, or End-of-life Care for the Child and Family. In Hockenberry, Wilson, & Rodgers (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (11th Edition, pp. 589–631). Elsevier.
- Dolan, J. G., Hill, D. L., Faerber, J. A., Palmer, L. E., Barakat, L. P., & Feudtner, C. (2021). Association of psychological distress and religious coping tendencies in parents of children recently diagnosed with cancer: A cross-sectional study. *Pediatric Blood and Cancer*, 68(7). <https://doi.org/10.1002/pbc.28991>
- Duarte, M. L., Dias, K. R., Ferreira, D. M. T. P., & Fonseca-Gonçalves, A. (2022). Knowledge of health professionals about breastfeeding and factors that lead the weaning: a scoping review. *Ciencia e Saude Coletiva*, 27(2), 441–457. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.35672020>
- Earle, R., Littlewood, R., Nalatu, S., & Walker, J. (2022). Empowerment Approaches in Childhood Weight Management: A Systematic Review. In *Childhood Obesity* (Vol. 18, Issue 1, pp. 2–30). Mary Ann Liebert Inc. <https://doi.org/10.1089/chi.2021.0049>
- European Association for Children in Hospital. (2017). *Anotações à Carta da Criança hospitalizada* (Instituto de Apoio à Criança, Ed.; 3ª). [https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/02/Anotacoes\\_2017\\_compressed.pdf](https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/02/Anotacoes_2017_compressed.pdf)

- Fernandes, A. (2020). Cuidados Atraumáticos e Dor em Pediatria. In A. L. Ramos & M. do C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (1ª Edição, p. 325). Lidel.
- Fernandez, A., Benito, J., & Mintegi, S. (2017). Esta criança está doente? Utilidade do Triângulo de Avaliação Pediátrica nas configurações de emergência. In *Jornal de Pediatria* (Vol. 93, pp. 60–67). Elsevier Editora Ltda. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.07.002>
- Figueiredo, B. (2021). Psicologia da Gravidez e da Parentalidade. In *Manual de Psicologia da Saúde*. Pactor.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de avaliação e Intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família* (1ª edição). Lusociência.
- Fox, J. L. (2024). Family-centered Care of the child during Illness and Hospitalization. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th Edition). Elsevier.
- Frade, M. de F., Firmino, C. F., Sousa, L. M. M. de, & Frade, J. M. G. (2021). A Parentalidade mindful como prática parental: análise de conceito. *A Obra Prima: A Arte de Cuidar No Início Da Vida*, 1(1), 240–255. <https://doi.org/10.37885/211006491>
- Fraga, M. do R. B. de A., Barreto, K. A., Lira, T. C. B., Celerino, P. R. R. P., Tavares, I. T. da S., & Menezes, V. A. de. (2020). Ankyloglossia and breastfeeding: what is the evidence of association between them? *Revista CEFAC*, 22(3). <https://doi.org/10.1590/1982-0216/202022312219>
- Franklin, Q., & Prows, C. (2017). Developmental and Genetic Influences on Child Health Promotion. In M. Honckenberry, D. Wilson, & C. Rodgers (Eds.), *Wong's Essentials Of Pediatric Nursing* (Tenth Edition). Esivier.
- 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. (2022). Exploring a theory of change: Are increases in parental empowerment associated with healthier weight-related parenting practices? *Social Science & Medicine*, 296, 114761. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114761>
- Genna, C. W. (2017). *Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants* (C. W. Genna, Ed.; 3ª). Jones & Bartlett Learning, LLC.
- Global Breastfeeding Collective. (2023). *Global Breastfeeding Scorecard 2023*. <https://www.unicef.org/media/150586/file/Global%20breastfeeding%20scorecard%2023.pdf>

- Glover, R., & Wiessinger, D. (2017). They Can do it, you can help: Building Breastfeeding Skill and Confidence in Mother and Helper. In C. W. Genna (Ed.), *Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants* (3th Edition, pp. 89–112). Jones & Bartlett Learning, LLC.
- Goktas, N., & Avci, D. (2023). *The effect of visual and/or auditory distraction techniques on children's pain, anxiety and medical fear in invasive procedures: A randomized controlled trial*. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.07.005>
- Goldenring, J. M., & Rosen, D. S. (2004). Getting into adolescent heads: An essential update. *Contemporary Pediatrics*, 21(1), 64–90. <http://www.modernmedicine.com/modernmedicine/content/printConten...>
- Greenspan, S., & Wieder, S. (n.d.). DIR/Floortime Model. In *The interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders*. The interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders.
- Grunberg, V. A., Geller, P. A., & Patterson, C. A. (2020). Infant illness severity and family adjustment in the aftermath of NICU hospitalization. *Infant Mental Health Journal*, 41(3), 340–355. <https://doi.org/10.1002/imhj.21848>
- Hansen, K. (2016). Breastfeeding: a smart investment in people and in economies. *The Lancet*, 34.
- Health Resource & Services Administration. (2024, January). *Children and Youth with Special Health Care Needs (CYSHCN)*. Maternal and Child Health Bureau.
- Hellsten, M. B. (2024). Pain Assessment in Children. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th Edition). Elsevier.
- Hermansson, E., & Mårtensson, L. (2011). Empowerment in the midwifery context - a concept analysis. *Midwifery*, 27(6), 811–816. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.08.005>
- Hesselgrave, J., & Santucci, G. (2024). Impact of Complex Chronic Illness, Disability, or End-of-Life Care on the Child and Family. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th Edition, p. 574). Elsevier.
- Hockenberry, M. (2024a). Family, Social, Cultural, and Religious Influences on Child Health Promotion. In Hockenberry, Duffy, & Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care os Infants and Children* (12th Edition, pp. 14–33). Elsevier.
- Hockenberry, M. (2024b). Perspectives of Pediatric Nursing. In Hockenberry, Duffy, & Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care os Infants and Children* (12th Edition, pp. 107–171). Elsevier.
- Hoghugh, M. (2004). Parenting - An Introduction [e-book]. In M. Hoghugh & N. Long (Eds.), *Handbook of Parenting: Theory and Research for practice* (pp. 1–18). SAGE Publications Ltd.

- Horta, B. L., Rollins, N., Dias, M. S., Garcez, V., & Pérez-Escamilla, R. (2023). Systematic review and meta-analysis of breastfeeding and later overweight or obesity expands on previous study for World Health Organization. *Acta Paediatrica*, 112(1), 34–41. <https://doi.org/10.1111/APA.16460>
- ICN. (2019). *ICNP Browser | ICN - International Council of Nurses*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Institute for Patient-and Family-Centered Care. (n.d.). *What is PFCC?* Retrieved April 24, 2023, from <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
- Instituto de Apoio à Criança. (2020). *Convenção sobre os direitos da Criança*. [www.freepik.com](http://www.freepik.com)
- Jansen, J., Weerth, C. de, & Riksen-Walraven, J. M. (2008). Breastfeeding and the mother-infant relationship-A review. In *Developmental Review* (Vol. 28, Issue 4, pp. 503–521). <https://doi.org/10.1016/j.dr.2008.07.001>
- Johansson, L., Golsäter, M., & Hedberg, B. (2016). Health dialogue with non-native-speaking parents: Child health nurses' experiences. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(4), 209–215. <https://doi.org/10.1177/2057158516635480>
- Jordal, K., Saltveit, V., & Tønnessen, S. (2022). Nursing leadership and management in home care: A qualitative scoping review. In *Journal of Nursing Management* (Vol. 30, Issue 8, pp. 4212–4220). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/jonm.13872>
- Kaihlanen, A.-M., Hietapakka, L., & Heponiemi, T. (2019). Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nursing*, 18(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0363-x>
- Karatas, N., & Dalgic, A. I. (2020). Effects of reflexology on child health: A systematic review. In *Complementary Therapies in Medicine* (Vol. 50). Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102364>
- Kellams, A., Harrel, C., Omage, S., Gregory, C., & Rosen-Carole, C. (2017). ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017. *Breastfeeding Medicine*, 12(4), 188–198. <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.29038.ajk>
- Klein, D. A., Goldenring, J. M., & Adelman, W. P. (2014). HEEADSSSS 3.0 The psychosocial interview for adolescents updated for a new century fueled by media. *Contemporary Pediatrics*, 16–28.
- Kostandy, R. R., & Ludington-Hoe, S. M. (2019). The evolution of the science of kangaroo (mother) care (skin-to-skin contact). In *Birth Defects Research* (Vol. 111, Issue 15, pp. 1032–1043). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1565>

- Krol, K. M., & Grossmann, T. (2018). Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. In *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (Vol. 61, Issue 8, pp. 977–985). Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2769-0>
- Lean, R. E., Rogers, C. E., Paul, R. A., & Gerstein, E. D. (2018). NICU Hospitalization: Long-Term Implications on Parenting and Child Behaviors. *Current Treatment Options in Pediatrics*, 4(1), 49–69.
- Lei n.º 95/2019. (2019). Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. *Assembleia Da República. Diário Da República, Série I*(n.º 169 de 2019-09-04), 55–66. <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 156/2015. (2015a). Procede à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro, no sentido de o adequar à Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro. *Assembleia Da República. Diário Da República, Série I*(Nº 181, de 2015-09-16), 8059–8105. <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 156/2015. (2015b). Procede à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro, no sentido de o adequar à Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro. *Assembleia Da República. Diário Da República, Série I*(Nº 181, de 2015-09-16), 8059–8105. <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Leininger, M., & Macfarland, M. (2002). *Transcultural nursing: concepts, theories, research, and practice* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Liao, S. T., Hwang, Y. S., Chen, Y. J., Lee, P., Chen, S. J., & Lin, L. Y. (2014). Home-based DIR/Floortime™ intervention program for preschool children with autism spectrum disorders: Preliminary findings. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 34(4), 356–367. <https://doi.org/10.3109/01942638.2014.918074>
- Linde, K., Lehnig, F., Nagl, M., & Kersting, A. (2020). The association between breastfeeding and attachment: A systematic review. In *Midwifery* (Vol. 81). Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102592>
- Ma, X., Liu, Y., Du, M., Ojo, O., Huang, L., Feng, X., Gao, Q., & Wang, X. (2021). The accuracy of the pediatric assessment triangle in assessing triage of critically ill patients in emergency pediatric department. *International Emergency Nursing*, 58. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101041>

- Mabbott, A. P., & Bedford, H. (2023). Pain management in infant immunisation: A cross-sectional survey of UK primary care nurses. *Primary Health Care Research and Development*, 24. <https://doi.org/10.1017/S146342362300066X>
- Machado, M. do C. (2018). Nascimento e Infância. In *Ética aplicada: Saúde* (1ª Edição, pp. 181–188). Edições 70.
- Magão, M. T. G. (2017). *A Esperança em Ação: A experiência da esperança em pais de crianças com uma doença crónica* [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/40069/1/ulsd731061\\_td\\_Maria\\_Magao.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/40069/1/ulsd731061_td_Maria_Magao.pdf)
- Maravilha, T. L. F. D., Marcelino, M. F. L., & Charepe, Z. B. (2021). Fatores influenciadores da esperança nos pais de crianças com doença crónica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR01545>
- Marques, A. M. (coord. N., Mendes, F. (coord. N., Charepe, Z., & Monteiro, M. A. J. (2011). *Guias Orientadores de Boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Promoção da esperança e preparação do regresso a casa da criança: Vol. Volume III* (Ordem dos Enfermeiros & Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Eds.).
- Martins, C. (2022). Caleidoscópio de olhares sobre a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança: Uma análise swot. In *Congreso Internacional para la Difusión de la Producción Científica e Investigadora* (p. 27). AMEC Ediciones. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/81151>
- Martorell, G., Papalia, D., & Feldman, R. D. (2020). *O mundo da criança: da infância à adolescência [ebook]* (13 ed.). AMGH.
- McFadden, A., Mason, F., Baker, J., Begin, F., Dykes, F., Grummer-Strawn, L., Kenney-Muir, N., Whitford, H., Zehner, E., & Renfrew, M. J. (2016). Spotlight on infant formula: coordinated global action needed. *The Lancet*, 387, 31–33.
- Mendes, B. V., Furlan, M. da S., & Sanches, M. B. (2022). Non-pharmacological interventions in painful needle procedures in children: integrative review. *Brazilian Journal Of Pain*, 5(1). <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20220004>
- Murdaugh, C., Parsons, M. A., & Pender, N. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice* (8ª edição). Pearson.
- Nass, E. M. A., Marcon, S. S., Teston, E. F., Monteschio, L. V. C., Reis, P. dos, & Vieira, V. C. de L. (2021). Maternal factors and early weaning from exclusive breastfeeding / Fatores maternos e o desmame precoce do aleitamento materno exclusivo. *Revista de Pesquisa*

- Cuidado é Fundamental Online*, 13, 1698–1703. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10614>
- Nelas (coord.), J. C., Dias de Melo, E. da C. O. T., Reis, G. M. R. dos, Apóstolo, J. M. A., Carvalho, L. M. F. M., & Silva, L. D. (2015). *Guia Orientador de Boa prática - Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização* (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Ed.; Vol. 8). Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos. In *Ordem dos Enfermeiros. Diário da República Série II (n.º 119 de 2015-06-22)* (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.; Revisão Agosto 2012). Ordem Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- OE, Amorim, M., Sofia, L., Gomes, C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de Enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em Cuidados de Saúde*. [www.inesctec.pt](http://www.inesctec.pt)
- OMS. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Organização Mundial de Saúde. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349652>
- OMS. (1998). *Health Promotion Glossary*. Organização Mundial de Saúde. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>
- OMS. (2019). *WHO global report on traditional and complementary medicine 2019*. <https://www.who.int/publications/i/item/978924151536>
- OMS. (2020a). *Improving early childhood development: WHO Guideline*. <https://www.who.int/publications/i/item/97892400020986>
- OMS. (2020b). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. <http://apps.who.int/iris/>.
- OMS. (2021a). *Health Promotion Glossary of Terms 2021*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- OMS. (2021b, June 9). *Infant and young child feeding*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- OMS. (2022, November 29). *Violence against Children*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>

- OMS. (2024). *Tradicional, Complementary and integrative Medicine*. World Health Organization. [https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1)
- OMS, & UNICEF. (2020). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005648>
- OMS, & UNICEF. (2022, July 31). *Joint statement by UNICEF and WHO on World Breastfeeding Week*. WHO. <https://www.who.int/news/item/31-07-2022-joint-statement-by-unicef-executive-director-catherine-russell-and-who-director-general-dr-tedros-adhanom-ghebreyesus-on-the-occasion-of-world-breastfeeding-week>
- OMS, UNICEF, & World Bank Group. (2018). *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. OMS. <https://iris.who.int/handle/10665/272603>
- Ono, R., & Asano, M. (2023). Expert nurses' perceived parenting difficulties in Neonatal Intensive Care unit: A qualitative inductive study. *Journal of Neonatal Nursing*, 29(6), 881–887. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2023.03.007>
- ONU. (2016). *Guia sobre Desenvolvimento Sustentável*. [https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/01/SDG\\_brochure\\_PT-web.pdf](https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/01/SDG_brochure_PT-web.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer CJ 97/2018 do Conselho Jurisdicional da OE - Pedido de Parecer sobre incompatibilidade do exercício cumulativo da profissão de Enfermeiro e actividades de Reflexologia*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8461/parecer\\_97-2018\\_cj\\_reflexologia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8461/parecer_97-2018_cj_reflexologia.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*.
- Orfão, A., Santos, Á., Gouveia, C., & Santos, C. (2014). *Registo do Aleitamento Materno RAM. Relatório janeiro a Dezembro 2013*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2013-pdf.aspx>
- 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>
- Pereira, F. (coord. ), & Cunha, P. ). (2017). *Referencial de Educação para a Saúde* (Direção-geral de Educação & Direção-geral de Saúde, Eds.).

- Pérez-Escamilla, R., Tomori, C., Hernández-Cordero, S., Baker, P., Barros, A. J. D., Bégin, F., Chapman, D. J., Grummer-Strawn, L. M., McCoy, D., Menon, P., Ribeiro Neves, P. A., Piwoz, E., Rollins, N., Victora, C. G., & Richter, L. (2023). Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *The Lancet*, 401(10375), 472–485. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8)
- Pestana, V. L. F. F. de G. (2010). Guia orientador de boa prática: promover o desenvolvimento infantil na criança dos 0 aos 5 anos. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.), *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Vol. Vol. 1*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores\\_BoaPratica\\_SaudelInfantil\\_Pediatrica\\_volume1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudelInfantil_Pediatrica_volume1.pdf)
- Pires, A. P. M. (2006). *O Lugar da Esperança* (1ª edição). Lusociência.
- Raju, T. N. K. (2011). Breastfeeding is a dynamic biological process-not simply a meal at the breast. *Breastfeeding Medicine*, 6(5), 257–259. <https://doi.org/10.1089/bfm.2011.0081>
- Ramos, A. L. (2020). A Criança e o Jovem como foco de cuidado: Empoderamento da Criança, Jovem e Família. In A. L. Ramos & M. do C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em Saúde da criança e do jovem* (1ª Edição). Lidel.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, Serie II*(nº 26, de 2019-02-06), 4744–4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 190/2015. (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Assembleia Da República. Diário Da República, II Série*(n.º 79/2015 de 24-04-2015), 10087–10090. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>
- Regulamento n.º 351/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário Da República, Série II*(n.º 119/2015 de 2015-06-22), 16660–16665. <https://files.dre.pt/2s/2015/06/119000000/1666016665.pdf>
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Ordem Dos Enfermeiros. Diário Da República, 2.ª série*(n.º 133, de 2018-07-12), 19192–19194. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Reis (Coord.), G. M. R., Costa, L. P. S., Carvalho, M. D. R., Seguro, M. I., Costa, M. J. M. C., Pimenta, M. M., Correia, M. M., & Anjos, O. M. Q. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias*

- não farmacológicas no controlo da dor na criança: Vol. Série 1-Número 6 (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP\\_EstrategiasNaFarmacologicasControloDorCrianca.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaFarmacologicasControloDorCrianca.pdf)
- Rheel, E., Malfliet, A., Van Ryckeghem, D. M. L., Pas, R., Vervoort, T., & Ickmans, K. (2022). The Impact of Parental Presence on Their Children during Painful Medical Procedures: A Systematic Review. In *Pain Medicine (United States)* (Vol. 23, Issue 5, pp. 912–933). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/pm/pnab264>
- Rito, A., Mendes, S., Baleia, J., & Gregório, M. J. (2021). *Childhood Obesity Surveillance Initiative COSI Portugal 2019*. [www.insa.pt](http://www.insa.pt)
- Rito, A., Mendes, S., Figueira, I., Farja, M. do C., Carvalho, R., Santos, T., Cardoso, S., Feliciano, E., Silvério, R., Sancho, T. S., Dinis, A., & Rascôa, C. L. (2023). *Childhood Obesity Surveillance Initiative COSI Portugal 2022*.
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., & Victora, C. G. (2016). Breastfeeding 2 Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)
- Rosa, I. T., Rossato, L. M., Guedes, D. M. B., Fogaça, V. D., Domingues, F., & Silva, L. (2022). Crenças, conhecimento, ações de técnicas de enfermagem na amamentação no manejo da dor na imunização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0546pt>
- Rosa, M. da L., Diogo, P., & Barros, L. (2020). O Processo Emocional Experienciado Pelos Enfermeiros na Interação com os pais maltratantes na consulta de Saúde Infantil. *Pensar Enfermagem*, 24(1).
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1–37. <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>
- Sabeti, F., Mohammadpour, M., Pouraboli, B., Tahmasebi, M., & Hasanpour, M. (2021). Health Care Providers' Experiences of the Non-Pharmacological Pain and Anxiety Management and Its Barriers in the Pediatric Intensive Care Units. *Journal of Pediatric Nursing*, 60, e110–e116. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.07.026>
- Sandes, A. R., Nascimento, C., Figueira, J., Gouveia, R., Valente, S., Martins, S., Correia, S., Rocha, E., & Da Silva, L. J. (2007). Aleitamento Materno Prevalência e Factores Condicionantes. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 193–200.

- Sanna, P., Sollami, A., Nicosia, G., Dicembrino, R. B., Gandolfi, R., Primosa, F., La Sala, R., & Marletta, G. (2020). The nurses' uniform in pediatrics, the opinion of children and nurses. *Acta Biomedica*, 91, 67–76. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i2-S.9212>
- Santa-Cruz, D., Almeida, D., César, R., & Lopes, R. (2021). O impacto do desenvolvimento pessoal do Enfermeiro na prestação de Cuidados em enfermagem. *Revista de Investigação Em Enfermagem*, 2(34), 9–22.
- Saraiva, H., & Sousa, A. (2022). *Cuidados Diferenciados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem* (1ª Edição). Lidel.
- Scott, K. (2024). Communication and Physical Assessment of the Child and Family. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th Edition). Elsevier.
- Serrano, M. T. pereira, Costa. Arminfa da Silva Mendes Carneiro da, & Costa, N. M. V. N. da. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III(3).
- Shah, P. S., Torgalkar, R., & Shah, V. S. (2023). Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2023, Issue 8). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004950.pub4>
- Silva, T. (2013). Aleitamento materno: prevalência e factores que influenciam a duração da sua modalidade exclusiva nos primeiros seis meses de idade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(5), 223–228.
- Smillie, C. M. (2017). How Infants Learn to Feed: A neurobehavioral Model. In C. W. Genna (Ed.), *Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants* (3th Edition, pp. 89–112). Jones & Bartlett Learning, LLC.
- Smith, M., & Parker, M. (2020). Nursing Theory and the Discipline of Nursing. In M. C. Smith & D. Gullett (Eds.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (5th Edition, pp. 3–16). F. A. Davis Company.
- Smith, W. (2018). Special Issue Section on Family-centered Care 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>
- Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J., & Casey, A. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children and Young People*, 25(2), 24–28. <https://doi.org/10.7748/ncyp2013.03.25.2.24.e142>

- Souza, J. M., & Veríssimo, M. de la Ó. R. (2015). Child development: Analysis of a new concept. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1097–1104. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>
- SRS da OE. (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.
- Su, H.-C., Hsieh, C.-W., Lai, N. M., Chou, P.-Y., Lin, P.-H., & Chen, K.-H. (2021). Using Vibrating and Cold Device for Pain Relieves in Children: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Pediatric Nursing*, 61, 23–33. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.02.027>
- Tavares, M. (coord. ), Agostinho, I., & Abecasis, V. (2021). *Carta da Criança nos cuidados de saúde primários* (Instituto de Apoio à Criança & DGS, Eds.; 1º Edição). Instituto de Apoio à Criança. [https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/05/CARTA-V14\\_digital.pdf](https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/05/CARTA-V14_digital.pdf)
- Teixeira, V. (2021). *Integração da Doença Crónica pediátrica na vida* [Dissertação de Mestrado]. Escola superior de enfermagem do Porto.
- Tengland, A. (2008). Empowerment: A Conceptual Discussion. *Health Care Anal*, 16, 77–96. <https://doi.org/10.1007/s10728-007-0067-3>
- Tribunal Europeu Direitos Humanos, & Conselho da Europa. (n.d.). *Convenção Europeia dos Direitos do Homem*. [www.conventions.coe.int](http://www.conventions.coe.int).
- UNICEF. (2016). *From the First Hour of Life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere*.
- Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Aghajari, P., & Foronda, C. (2017). Factors influencing nurse-to-parent communication in culturally sensitive pediatric care: a qualitative study. *Contemporary Nurse*, 53(4), 474–488. <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1409644>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., & Rollins, N. C. (2016a). Breastfeeding 1 Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387. <http://mics>.
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., & Rollins, N. C. (2016b). Breastfeeding 1 Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Www.TheLancet.Com*, 387. <http://mics>.
- Victora, C. G., Lessa Horta, B., Loret De Mola, C., Quevedo, L., Tavares Pinheiro, R., Gigante, D. P., Gonçalves, H., & Barros, F. C. (2015). Association between breastfeeding and

- intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*, 3, 199–205. [www.thelancet.com/lancetgh](http://www.thelancet.com/lancetgh)
- WHO Immediate KMC Study Group. (2021). Immediate “Kangaroo Mother Care” and Survival of Infants with Low Birth Weight. *New England Journal of Medicine*, 384(21), 2028–2038. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2026486>
- Wilson, J. (2022). Health Promotion Model. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and their work* (Tenth Edition, pp. 320–333). Elsevier.
- Zheng, M., Cameron, A. J., Birken, C. S., Keown-Stoneman, C., Laws, R., Wen, L. M., & Campbell, K. J. (2020). Early Infant Feeding and BMI Trajectories in the First 5 Years of Life. *Obesity*, 28(2), 339–346. <https://doi.org/10.1002/OBY.22688>
- Zheng, M., Campbell, K. J., Baur, L., Rissel, C., & Wen, L. M. (2021). Infant feeding and growth trajectories in early childhood: the application and comparison of two longitudinal modelling approaches. *International Journal of Obesity (2005)*, 45(10), 2230–2237. <https://doi.org/10.1038/S41366-021-00892-5>
- Ziegler, E. (2021). The integral role of nurses in primary care for transgender people: A qualitative descriptive study. *Journal of Nursing Management*, 29(1), 95–103. <https://doi.org/10.1111/jonm.13190>
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological Empowerment: Issues and Illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 581–599. <https://doi.org/10.1007/BF02506983>