



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Relatório de Estágio

**Intervenções de Enfermagem Promotoras da
Segurança Infantil: Transporte Seguro**

Childhood Safety-Promoting Interventions in Nursing: Safe Transport

Margarida Damásio Geada da Costa Seoane



Lisboa
2024



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Relatório de Estágio

Intervenções de Enfermagem Promotoras da
Segurança Infantil: Transporte Seguro

Childhood Safety-Promoting Interventions in Nursing: Safe Transport

Margarida Damásio Geada da Costa Seoane

Orientadora: Professora Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues

Lisboa
2024

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Agradecimentos

É com um enorme sentimento de “dever cumprido” que chego ao fim de mais uma etapa da minha vida.

Mas porque sozinhos nada somos, termino com a certeza de que todas as minhas conquistas só foram possíveis graças aos que de perto me acompanharam e apoiaram incondicionalmente.

Ao meu filho Duarte, à Francisca e ao Miguel. As três crianças da minha vida. Que mesmo sem saberem me ensinam tanto e foram a força que precisei para nunca desistir.

Ao Duarte. Pela tua presença, apoio e paciência. E acima de tudo por teres acreditado em mim quando eu não fui capaz.

Aos meus pais, irmão, avós e Jotas. Por tudo o que me têm ensinado ao longo da vida. Por toda a compreensão e por acreditarem sempre no sucesso deste percurso.

À minha querida amiga Ana Montoito. Não tenho palavras para te agradecer toda a amizade, disponibilidade e apoio. Sem ti, nada disto seria possível.

À professora Sónia Rodrigues pela confiança, orientação e disponibilidade. E por todas as palavras motivadoras que nunca me permitiram desistir.

A todos os que cruzaram o meu caminho, em especial a todas as crianças e famílias que tanto me ensinaram e contribuíram para a minha formação.

A todos. Ser-vos-ei eternamente grata. Obrigada.

Lista de Abreviaturas e Siglas

Siglas

AAP – American Academy of Pediatrics

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

CCF – Cuidados Centrados na Família

CD – Consulta de Desenvolvimento

CDC – Convenção sobre os Direitos da Criança

CNT – Cuidados Não Traumáticos

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EACH – European Association for Children in Hospital

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESIP - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

IC – Idade Corrigida

ICN – International Council of Nurses

ICSC – Infant Car Seat Challenge

IG – Idade Gestacional

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IP – Internamento de Pediatria

MPS – Modelo de Promoção da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAMSD – Plano de Ação Mundial para a Segurança dos Doentes

PNPA – Programa Nacional de Prevenção de Acidentes

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PS – Procedimento Setorial

RN – Recém-Nascido

RNBP – Recém-Nascido de Baixo Peso

RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo

RNPTT - RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo Tardio

SIJ - Saúde Infantil e Juvenil

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SRC – Sistema de Retenção para Crianças

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund

UP – Urgência Pediátrica

WHO – World Health Organization

Abreviaturas

Enf. – Enfermeiro/a

Enf.^s – Enfermeiros/as

Resumo

A temática da segurança do doente tem assumido uma enorme relevância nos últimos anos e é considerada uma prioridade e um aspeto central na prática clínica.

Sendo os acidentes uma das principais causas de morte em crianças e jovens no mundo, prevalece a necessidade de avaliar o impacto dos mesmos nas suas vidas, bem como das suas famílias, e aumentar o conhecimento sobre a forma como estes ocorrem, no sentido de os prevenir. O transporte seguro em Sistemas de Retenção para Crianças (SRC) adequados é uma das principais formas de reduzir o número de mortes e lesões causadas pelos acidentes. No entanto, apesar da evidência, continuam a verificar-se práticas erradas relacionadas com os SRC. Sob esta ótica, surge como objeto de estudo as intervenções de enfermagem promotoras da segurança infantil, com foco no transporte seguro, sendo que a promoção da segurança infantil começa pela educação da população. Destaca-se desta forma a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) enquanto facilitador de informação e consciencialização no sentido da prevenção e aconselhamento sobre segurança infantil.

O presente relatório procura espelhar o processo de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas de EEESIP e de mestre, em contextos de estágio, assentes numa prática reflexiva e sustentados na evidência científica, na filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF) e dos Cuidados Não Traumáticos (CNT), e no Modelo de Promoção de Saúde (MPS) de Nola Pender.

O planeamento de consultas de saúde infantil, a promoção da vinculação, o empoderamento parental, o desenvolvimento de um projeto institucional na área da qualidade e segurança, a elaboração de um procedimento setorial, bem como a formação dos pares, foram algumas das atividades desenvolvidas em contexto clínico e analisadas criticamente neste relatório.

O processo de aprendizagem contribuiu para a aquisição de competências do EEESIP e de mestre, para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a aprendizagem ao longo da vida.

Palavras-chave: Enfermagem, Intervenção, Pediatria, Segurança Infantil, Transporte seguro

Abstract

The issue of patient safety has garnered increasing relevance over the last few years and it is considered both a central aspect and a priority in clinical practice.

Because accidents are one of the leading causes of death in young children and adolescents all over the world, there arises a prevailing need to evaluate their impact on the patients' lives, as well as their families', so as to better our knowledge of how accidents happen and how to prevent them. Safe transport using adequate Retention Systems for Children (SRC) is one of the principal ways through which we can reduce the number of accident-related injuries and deaths. Despite this evidence, there are continued misuses of SRCs that undermine their potential benefits. Due to this, this study intends to analyze possible safety-promoting approaches, particularly those related to education of the population on vehicular and traffic safety as it pertains to SRCs. To this aim, the role of nursing staff specializing in Paediatrics and Child Health (EEESIP) is highlighted as being of particular importance as facilitators of information for child safety and accident prevention.

This thesis seeks to clarify the process of learning and acquiring common, EEESIP-specific, and master's skills, in internship contexts, based upon reflective practice and supported by scientific evidence, within a philosophy of Family Centered and Non-traumatic Care and in Nola Pender's Health Promotion Model.

Child health consultation planning, promotion of attachment, parental empowerment, the development of an institutional project in the area of quality and safety, the elaboration of a sectoral procedure, as well as peer training were some of the activities worked upon clinical context and critically analyzed in this report.

This learning process has contributed to the acquisition of EEESIP and master's skills, to the improvement of the quality of care and to lifelong learning.

Key-words: Nursing, Intervention, Paediatrics, Child Safety, Safe Transport

Índice

Introdução.....	9
1. Enquadramento Teórico-Conceptual	15
1.1. Cuidar em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.....	15
1.2. Modelo de promoção de saúde de Nola Pender.....	17
1.3. Promoção da segurança infantil	23
1.4. Prematuridade e <i>Infant Car Seat Challenge</i>	27
2. Metodologia.....	34
3. Descrição e Análise do Percurso Formativo e o seu Contributo para o Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	36
3.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista	36
3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	36
3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	38
3.1.3. Domínio da gestão de cuidados.....	41
3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	42
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista.....	43
3.2.1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.....	44
3.2.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.....	49
3.2.3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem	55
Considerações Finais e Projetos Futuros	60
Referências Bibliográficas.....	63

Índice de Apêndices

Apêndice I – Mapa conceptual

Apêndice II – Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem

Apêndice III – Objetivos, atividades e competências a desenvolver

Apêndice IV – Caracterização dos contextos de ensino clínico

Apêndice V – Guia orientador das atividades de ensino clínico

Apêndice VI – Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Apêndice VII – Procedimento Setorial: *Infant Car Seat Challenge*

Apêndice VIII – Sessão de Formação: *Infant Car Seat Challenge*

Apêndice IX – Avaliação da Sessão Formativa: *Infant Car Seat Challenge*

Apêndice X – Protocolo de Investigação

Apêndice XI – Folha de Passagem de Turno

Apêndice XII – Sessão de Formação: Qualidade e Segurança do doente. Identificação inequívoca do recém-nascido

Apêndice XIII – Sessão de Formação: Segurança do doente

Apêndice XIV – Planeamento de Consultas de Saúde Infantil

Apêndice XV – Folheto Informativo: Transporte Seguro

Apêndice XVI – Póster: Transporte Seguro

Apêndice XVII – Artigo: Segurança Rodoviária nas crianças

Apêndice XVIII – Sessão de Formação: Transporte Seguro

Apêndice XIX – Jornal de Aprendizagem: Intervenção do EEESIP junto do adolescente em contexto de CSP

Apêndice XX – Plano de Cuidados

Apêndice XXI – Reflexão Crítica: Empoderamento Parental na Doença Crónica

Apêndice XXII – Jornal de Aprendizagem: Intervenções do EEESIP em situação de Doença Crónica

Índice de Anexos

Anexo I – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Anexo II – Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Anexo III – Declaração de Participação na Sessão de Formação em serviço: Organização de Equipa em sala de Reanimação

Introdução

A profissão de enfermagem tem evoluído significativamente, no sentido de dar resposta aos vários desafios que surgem na sociedade, nomeadamente os relacionados com a saúde das pessoas e as suas necessidades de cuidados (International Council of Nurses [ICN], 2020; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2022), atribuindo-se, hoje em dia, “uma maior importância e exigência técnica e científica” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4744). Esta encontra-se bem espelhada no Código Deontológico do Enfermeiro (Enf.), no seu artigo 97.º, evidenciando que o Enf. tem o dever de se apropriar de conhecimentos técnicos e científicos adequados à sua intervenção no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados em resposta às necessidades da pessoa, tendo sempre por base o respeito pela sua vida, saúde, bem-estar e dignidade (Lei n.º 156/2015, 2015).

Neste esforço de desenvolvimento profissional destaca-se a importância da formação. Esta pode ser definida como “um processo contínuo de apropriação pessoal do saber em contextos interativos” (Alarcão & Rua, 2005, p.374). Concomitantemente, o Enf. Especialista (EE) destaca-se pela sua formação especializada e diferenciação de competências humanas, técnicas e científicas que estão na base da sua prática reflexiva e que sustentam as tomadas de decisão, capacidade de resposta, iniciativa, autonomia e sentido de responsabilidade na prestação de cuidados, com reflexo na qualidade do cuidado de enfermagem (ICN, 2020; Regulamento nº 140/2019, 2019; Sapeta, 2013).

O presente relatório surge no âmbito das Unidades Curriculares (UC) Estágio e Estágio com Relatório integrada no Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP) e irá espelhar o meu percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências de EEESIP, ao longo dos vários contextos clínicos, sendo estes uma componente essencial do processo de formação (Alarcão & Rua, 2005).

Este processo de aquisição de competências constrói-se continuamente ao longo da vida e do percurso formativo do Enf. (ICN, 2020; Regulamento nº 140/2019, 2019; Sapeta, 2013). As inquietações sentidas ao longo do percurso incitam o profissional a investigar, selecionar informação, analisá-la e procurar estratégias que permitam a resolução das situações, sendo que a aquisição de competências pressupõe uma intervenção adaptada a cada situação e é “uma mais-valia acrescentada aos saberes” (Alarcão & Rua, 2005, p.376). Neste sentido, a prática reflexiva e a metodologia do projeto

estiveram na base de todo o meu percurso de aprendizagem, permitindo fundamentar a minha prática, recorrendo sempre à melhor evidência científica disponível (Freitas, 2010).

A intervenção do EEESIP deve ser sustentada nos CCF e CNT, sendo estas filosofias de cuidados de ESIP (OE, 2020), com a finalidade de promover a saúde sempre que possível, necessário e oportuno, por forma a ser facilitador da obtenção de conhecimentos relativos à saúde e segurança (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

A temática da segurança do doente tem assumido uma enorme relevância nos últimos anos (Barroso et al., 2021; Durbin et al., 2018) e é considerada um aspeto central na prática clínica (Barroso et al., 2021). Quando nos referimos ao “doente”, falamos na “(...) pessoa que recebe os cuidados de saúde (...)” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2011, p.14), sendo este o centro dos nossos cuidados, que visam por sua vez “(...) promover, manter, monitorizar ou restabelecer a saúde” (DGS, 2011, p.14).

A segurança do doente implica a redução consistente dos riscos e danos evitáveis relacionados com os cuidados de saúde, minimizando o erro e o seu impacto, tendo por base cuidados que sejam equitativos e acessíveis a todos (Barroso et al., 2021; DGS, 2011; DGS, 2022; World Health Organization [WHO], 2021).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) integrou a temática da segurança do doente na agenda mundial, em 2002 e, em Portugal, a mesma passou a fazer parte da agenda nacional quando foi definida pela DGS, no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 como uma das prioridades da melhoria da qualidade organizacional (DGS, 2022a). Também o Plano Nacional para a Segurança dos doentes (PNSD) 2021-2026 foi desenvolvido com o principal objetivo de “consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde” (DGS, 2022a, p.21) e a visão do Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente (PAMSD) 2021-2030 é a de “um mundo no qual não existam danos relacionados com os cuidados de saúde e onde são prestados cuidados seguros, personalizados, de forma respeitosa, a todos os doentes, ao longo do ciclo de vida” (DGS, 2022a, p.21).

Incidentes relacionados com a segurança dos doentes podem levar a situações de invalidez, morte e grande sofrimento, tanto para as vítimas como para as suas famílias, sendo que todos os anos, em todo o mundo, as situações de morte e incapacidade são muitas vezes consequência de cuidados de saúde inseguros (WHO, 2021). Neste sentido, a segurança do doente não só é considerada uma prioridade como deve ser uma

preocupação de todos, exigindo a participação ativa dos pacientes, das suas famílias, dos profissionais de saúde e das organizações governamentais e não governamentais (WHO, 2021).

Segundo a OMS, os acidentes “são uma das principais causas de morte de crianças e jovens no mundo, e a primeira entre os 5 e os 19 anos de idade” (Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI], 2022, p.2).

Na União Europeia, ocorrem cerca de 5.000 mortes anualmente devido a acidentes, do nascimento até aos 19 anos, e, em Portugal, entre 1992 e 2020, houve mais de 6.500 mortes em crianças e jovens por acidentes. Em média morreram 66 crianças por ano, sendo maior a taxa de mortalidade nas faixas etárias dos 0-4 anos e dos 15-19 anos. Os acidentes rodoviários correspondem a cerca de 60% do número de mortes por acidentes, constituindo a primeira causa de morte por acidentes, em crianças e jovens. Também em Portugal, de 2000 a 2021, cerca de 150 mil crianças e jovens foram internados na sequência de um acidente, sendo as quedas as responsáveis pelo maior número de internamentos em crianças e jovens até aos 18 anos seguindo-se dos acidentes de transporte. De 2013 a 2021 foram registadas aproximadamente 200 mil chamadas de emergência, reencaminhadas para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes do INEM, devido a acidentes (APSI, 2022).

Embora seja uma das principais causas de morte nas crianças e jovens, o número de mortes por acidentes tem vindo a estabilizar na última década, sendo esta estabilização interpretada como um sinal de desinteresse nacional no que diz respeito à segurança infantil (APSI, 2022).

Perante estes dados impera avaliar o impacto dos acidentes na vida das crianças e dos jovens, perceber de que forma afetam as famílias e as comunidades e aumentar o conhecimento sobre a forma como os mesmos ocorrem, no sentido de os prevenir. Desta forma, é essencial investir na formação de profissionais de saúde e na educação da população (Silva et al., 2017). Importa ainda, definir prioridades de intervenção, avaliar a existência de políticas e medidas de prevenção de acidentes e de promoção da segurança infantil, bem como a implementação e cumprimento das mesmas (APSI, 2022; Silva et al., 2017).

Segundo a APSI (2022), é “necessário que Portugal assuma um verdadeiro compromisso com a redução do impacto que os acidentes têm na vida das crianças e

jovens e que crie paralelamente condições para uma vivência mais ativa e participada da população infantil e juvenil” (APSI, 2022, p.22). Nesta linha de pensamento, já a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), advoga em prol das mesmas, referindo, no seu artigo 24.º, que são necessárias medidas para “assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde (...) como a prevenção de acidentes” (UNICEF, 2019, p.21). Muitos dos acidentes infantis são evitáveis e, dada a vulnerabilidade das crianças, é da responsabilidade dos adultos defenderem os seus direitos à segurança e saúde (DGS, 2012).

Segundo o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (PNPA), o transporte seguro em SRC adequados é uma área de enorme importância e que deve ser abordada desde o momento da alta da maternidade (Arnett, 2022; DGS, 2012). Os acidentes automóveis são, visivelmente, um problema de saúde pública sendo a utilização adequada dos SRC uma das principais formas de reduzir o número de mortes e lesões causadas pelos acidentes de viação (Arnett, 2022; Behr, 2024; Durbin et al., 2018; Sun et al., 2023). Contrariamente, a não utilização destes SRC e a sua utilização incorreta aumentam o risco de morbilidade e mortalidade (Arnett, 2022; Behr, 2024; Smola et al., 2020), com repercussões no crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens (Behr, 2024). Apesar da evidência, continuam a verificar-se práticas erradas relacionadas com os SRC. Neste âmbito, o EEESIP tem um papel fundamental na educação para a saúde e no empoderamento parental, implementando “medidas de prevenção e identificação de práticas de risco” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4746) e facilitando a “aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193), por forma a responderem adequadamente às necessidades dos seus filhos e contribuírem para o seu crescimento saudável e seguro. Por conseguinte, esta temática da segurança infantil deve ser abordada em todos os contextos de saúde (Silva et al., 2017) e contactos com a criança e família, numa ótica oportunista, visando consciencializar os pais para a importância da utilização dos SRC e capacitá-los não só para a escolha do mesmo, mas também para a sua correta utilização (Durbin et al., 2018; Smola et al., 2020; Sun et al., 2023). O EEESIP deve ser capaz de dar resposta às diferentes necessidades da criança/jovem ao longo do seu desenvolvimento,

prestando cuidados antecipatórios junto da mesma e da sua família (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

A minha prática profissional tem lugar, há seis anos, numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Os cuidados neonatais registaram um enorme avanço tecnológico nas últimas décadas (Taha et al., 2023), o que contribuiu para a diminuição da mortalidade infantil, nomeadamente dos recém-nascidos pré-termo (RNPT) e recém-nascidos de baixo peso (RNBP) (Amorim et al., 2016). A prestação de cuidados a este grupo da população é extremamente desafiante e dada a sua vulnerabilidade requer cuidados especializados, individualizados e adequados às suas especificidades (Karlsson et al., 2022).

Os RNPT, definidos por todos os recém-nascidos (RN) com idade gestacional (IG) inferior a 37 semanas (WHO, 2023) apresentam algumas especificidades que justificam uma atenção particular no que concerne à escolha e utilização do SRC. Neste sentido, uma das recomendações da *American Academy of Pediatrics* (AAP), desde 1991, é a realização do teste de apneia do RN, o *Infant Car Seat Challenge* (ICSC) (AAP & American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2017; Braun et al., 2023; Hoffman & Vining, 2022), também recomendado pela Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN) (Costa et al., 2020; SPN, s.d.). A realização deste teste justifica-se pelo facto de um número considerável de RNPT apresentar instabilidade cardiorrespiratória quando colocados nos SRC (AAP & ACOG, 2017; Costa et al., 2020; Davis & Shah, 2018; SPN, s.d., Sriskandarajah et al., 2022).

Embora este teste seja considerado pela AAP como um dos procedimentos mais eficazes para a identificação de imaturidade respiratória e instabilidade hemodinâmica quando o RN é colocado na posição de sentado, atualmente a sua utilização nas UCIN permanece controversa pela carência de estudos e evidência científica que comprovem a sua eficácia. Uma das principais razões apontadas por vários autores para a inconsistência e relutância em colocar esta orientação em prática, relaciona-se com a falta de diretrizes específicas e uniformizadas para a sua realização, nomeadamente o tempo de realização do teste, critérios de inclusão e reprovação e atuação em caso de reprovação (Behr, 2024; Costa et al., 2020; Davis et al., 2020; Davis & Cheo, 2021; First, 2019, 2020; Hoffman & Vining, 2022; Jensen et al., 2018).

Neste sentido, a elaboração de um documento orientador torna-se indispensável, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados e, conseqüentemente, para o aumento da segurança dos RN, especialmente os RNPT (Bull, 2020; Davis & Cheo, 2021; Magnarelli et al., 2020).

A escolha desta área temática prendeu-se, não só pela possibilidade de trabalhar uma área do meu interesse pessoal e profissional mas também, pela relevância que a temática da segurança do doente tem assumido nos últimos anos, sendo considerada uma questão global e essencial para garantir sistemas de saúde mais eficientes e melhor qualidade dos cuidados de saúde (Barroso et al., 2021).

Ao longo de todo o meu percurso formativo procurei investir nesta temática da segurança infantil a par do desenvolvimento de competências do EEESIP e de mestre, espelhando esse desenvolvimento no presente relatório. Este, encontra-se dividido em três partes.

Numa primeira parte, irei apresentar o enquadramento teórico-conceitual, onde procuro evidenciar a fundamentação teórica e conceptual que guiou todo o meu percurso e espelhar a pesquisa científica efetuada, explorando os conceitos centrais. Desta forma, dividi este capítulo em quatro subcapítulos, sendo eles o **cuidar em enfermagem de saúde infantil e pediátrica**, assente na filosofia dos CCF e CNT, o **MPS de Nola Pender**, referencial teórico que sustenta o meu trabalho, a **promoção da segurança infantil** e por fim a **prematuridade e o ICSC**. No Apêndice I pode ser consultado o mapa que representa a estrutura conceptual da temática.

Na segunda parte deste relatório apresento o meu percurso metodológico e na terceira parte, descrevo as principais atividades realizadas ao longo dos contextos de estágio e o seu contributo para a aquisição e desenvolvimento de competências do EEESIP, através de uma reflexão crítica sobre as mesmas. Os projetos futuros irão constar nas considerações finais.

O presente relatório foi elaborado segundo as orientações para elaboração e apresentação de trabalhos escritos em vigor na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, designadamente a norma APA 7.^a edição.

1. Enquadramento Teórico-Conceptual

Segundo Fortin (1999), conceptualizar diz respeito a “um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto em estudo” (Fortin, 1999, p.39), sendo o meu objeto de estudo as intervenções de enfermagem promotoras da segurança infantil, com foco no transporte seguro.

É da responsabilidade dos adultos, nomeadamente o EEESIP, assegurar os direitos relativos à saúde e segurança das crianças (DGS, 2012). Assim, compreende-se que a promoção da segurança começa pela educação da população, nomeadamente dos pais, aumentando os seus níveis de literacia. Neste âmbito de atuação, é indiscutível a intervenção do EEESIP, assente nos CCF, CNT e no empoderamento parental, contribuindo para a prevenção de acidentes e aconselhamento sobre segurança infantil (Silva et al., 2017). Sendo que, a educação para a saúde é uma atividade vital na capacitação dos pais para o exercício do seu papel parental, permitindo uma partilha de saberes, dúvidas, expectativas e medos (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). O MPS de Nola Pender, referencial teórico escolhido para sustentar este relatório permite ao Enf. intervir, em conjunto com a família, no sentido do desenvolvimento de comportamentos promotores da saúde (Santi et al., 2023).

1.1. Cuidar em enfermagem de saúde infantil e pediátrica

Segundo Collière (1999) “Cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um acto de VIDA” (p.235). O Enf., num processo de interação com o outro, emocionalmente exigente, procura cuidar da pessoa e da família tendo por base uma relação de ajuda, reconhecendo-se e reconhecendo e valorizando o doente como um todo, e um conjunto de dimensões culturais, sociais e económicas (Diogo & Mendonça, 2019; Vilelas & Diogo, 2014).

Prestar cuidados seguros implica uma parceria nos cuidados, mútua e benéfica entre a criança/jovem, família e profissional de saúde (Hockenberry, 2024), no sentido de os informar sobre as questões relacionadas com a sua saúde, estando envolvidos nas decisões sobre a mesma (WHO, 2021). É notória uma evolução do pensamento e atuação dos Enfermeiros (Enf.⁵) ao longo dos anos, deixando de lado a intervenção no sentido de

substituição do doente e família e passando a valorizar o trabalho em parceria com os mesmos (Johnson, 2018; Mintz-Binder, 2019; Ribeiro et al., 2018; Teixeira et al., 2023).

Os CCF são uma filosofia que pretende colocar o paciente e a sua família no centro de todas as decisões sobre a sua saúde. A família é vista como um todo, uma vez que é mais do que a soma dos seus elementos e é uma constante na vida da criança (Hockenberry, 2024). Cada família é única e é importante planear os cuidados tendo em conta os seus valores, crenças e preferências (Hockenberry, 2024; O'Connor et al., 2019; Smith, 2018). Os CCF implicam a capacitação dos pais e cuidadores para a tomada de decisão e participação nos cuidados à criança, e que exista uma colaboração, parceria e troca de informações entre o paciente, a sua família e a equipa multidisciplinar. A comunicação com a família deve ter por base a imparcialidade, honestidade e o respeito e ser feita regularmente ao longo de todo o processo de cuidados (Hockenberry, 2024; Smith, 2018). Esta comunicação contínua e eficaz é uma parte essencial e integrante dos CCF (Lake et al., 2020) uma vez que irá contribuir para o desenvolvimento de uma relação de confiança, com inúmeros benefícios para os intervenientes, nomeadamente o aumento da confiança parental (Lake et al., 2020; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Para que seja possível trabalhar com base nesta filosofia, é necessária formação/educação prévia da equipa de saúde, sobre a mesma. Avaliar a dinâmica familiar e compreender os seus valores e desejos é essencial para posteriormente ser traçado um plano de cuidados adequado às necessidades da família e formulado com a mesma. Ou seja, os CCF dependem muito da perceção e avaliação que o profissional de saúde faz da situação familiar (O'Connor et al., 2019), que vai ao encontro do preconizado nas competências comuns do EE de assegurar “o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos” (Regulamento n.º 140/2019, 2019). O rigor desta avaliação prévia pode determinar a implementação dos CCF, na medida em que o grau de participação dos pais é variável, devendo ser respeitado e trabalhado ao longo do tempo. O facto dos profissionais terem expectativas dos pais que não correspondem ao que eles sentem ser capazes de fazer naquele momento pode condicionar todo o processo de cuidados (Smith, 2018).

Enquanto cuidam das crianças/jovens e famílias os Enf.^s devem demonstrar compaixão, empatia, interesse e preocupação, incorporando na sua intervenção a filosofia dos CNT (Hockenberry, 2024). O cuidado centra-se nas necessidades da criança

e da família e é um sinal da qualidade dos cuidados de enfermagem, no sentido em que os pais se sentem confortáveis, ouvidos, reconhecidos sendo essencial para estabelecer uma relação terapêutica positiva (Hockenberry, 2024).

Os CNT podem ser definidos como a prestação de cuidados terapêuticos recorrendo a estratégias que eliminam ou minimizam o sofrimento físico e psicológico que as crianças e as suas famílias possam experimentar nos processos de tratamento de doenças ou de promoção da saúde (Hockenberry, 2024; OE, 2020). O objetivo principal dos CNT é o de não causar dano, recorrendo para isso a três princípios básicos, a minimização dos momentos de separação entre a criança e a família, que vai ao encontro do preconizado no artigo 9.º da Convenção Sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 2019), a promoção de uma sensação de controlo e a minimização da dor ou lesões corporais (Hockenberry, 2024).

A Carta da Criança Hospitalizada evidencia princípios da filosofia dos CNT, ao referir que a criança tem o direito de permanecer junto dos pais qualquer que seja a sua idade ou estado; as agressões, sejam elas físicas ou emocionais, devem ser minimizadas e deve evitar-se qualquer tratamento que não seja indispensável, tendo as instituições de saúde o dever de dar resposta às necessidades da criança, tanto físicas como afetivas (European Association for Children in Hospital [EACH], 2016).

1.2. Modelo de promoção de saúde de Nola Pender

A história da enfermagem enquanto profissão remonta aos tempos de Florence Nightingale e desde então que a sua evolução tem sido substancial. Com Nightingale emergiram as teorias de enfermagem, que, aos dias de hoje, se tornaram fundamentais no sentido de orientar a nossa prática profissional (Alligood, 2022; Johnson, 2018; Murdaugh et al., 2019; Ribeiro et al., 2018).

Algumas teorias procuram explicar comportamentos, bem como a vontade que as pessoas têm de os mudar. Oferecem estrutura e organização, assente numa recolha de dados prévia, que permitirá formular diagnósticos de enfermagem e fornecer orientações aos profissionais de saúde sobre como intervir e o que prever, tornando a prática mais individualizada, eficiente e efetiva (Alligood, 2022; Murdaugh et al., 2019; Ribeiro et al., 2018).

Kérouac e colaboradores (2002), consideram que a disciplina de enfermagem passou por três diferentes paradigmas: categorização, integração e transformação (Kérouac et al., 2002).

O paradigma da categorização, enquadrado no modelo biomédico, teve origem no século XVIII/XIX e foi a base da nossa prática até ao século XX, onde a nossa ação se focava na resposta a uma prescrição médica, um diagnóstico médico ou uma cura, isolado de todo o contexto do doente (Kérouac et al., 2002; Ribeiro et al., 2018; Silva, 2002).

O paradigma da integração teve início na década de 1950 e deu origem aos cuidados centrados na pessoa, diferenciando a prática médica da prática de enfermagem. Surgiu assim o conceito de cuidado holístico e o principal objetivo do cuidado de enfermagem passou a ser a pessoa em todas as suas dimensões, biopsicossociais, espirituais e culturais (Kérouac et al., 2002; Silva, 2002). “A partir daqui, intervir significa “agir com” a pessoa, com o objectivo de responder às suas necessidades” (Silva, 2002, p.7). Com este paradigma começaram a surgir modelos conceptuais que procuram orientar a prática de enfermagem, a formação e investigação (Silva, 2002).

Por último, o paradigma da transformação, que surgiu na década de 1970 e permitiu reconhecer a pessoa como a principal interessada na sua saúde e capaz de participar e tomar decisões sobre a mesma, deixando esta de ser uma responsabilidade exclusiva do profissional de saúde, onde se insere o MPS de Nola Pender (Kérouac et al., 2002; Ribeiro et al., 2018).

As teorias de enfermagem são fundamentais para o nosso percurso formativo e para a consolidação de conhecimentos, sendo a nossa prática frequentemente influenciada por referenciais teóricos com os quais nos identificamos mais. Estas firmam-se em torno de 4 conceitos centrais da enfermagem: a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem, designados desde 1984 como metaparadigmas de enfermagem, essenciais para fundamentar a nossa prática (Johnson, 2018; Mintz-Binder, 2019; Murdaugh et al., 2019; Ribeiro et al., 2018; Teixeira et al., 2023). Estes quatro conceitos são também definidos pela OE como os “Enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2002, p.8) e abordam a pessoa no seu todo, a saúde e o bem-estar, o ambiente envolvente bem como as responsabilidades de enfermagem, permitindo prestar cuidados com maior qualidade e segurança (Teixeira et al., 2023).

A pessoa é o ser biopsicossocial que recebe os cuidados de enfermagem, a saúde diz respeito ao estado de saúde/doença em que a pessoa se encontra, o ambiente é referente ao espaço onde a pessoa existe e os fatores externos que têm influência sobre ela, nomeadamente a família, a sociedade e a enfermagem e a ação do enfermeiro, que envolve o cuidado holístico por forma a ajudar a pessoa a atingir o seu potencial máximo em saúde (Johnson, 2018; Kérouac et al., 2002; Mintz-Binder, 2019; Teixeira et al., 2023). As teorias de enfermagem englobam conceitos, definições, relações entre conceitos e suposições, tendo como principal objetivo descrever como os conceitos se relacionam entre si, compreender e ser capaz de prever determinados comportamentos (Johnson, 2018; Mintz-Binder, 2019).

As teorias de médio alcance, como o MPS, consistem em hipóteses capazes de serem testadas e utilizadas em múltiplos cenários. São compostas por proposições que procuram explicar como os conceitos se relacionam e aproximam-se de dados observáveis no dia-a-dia (Alligood, 2022; Johnson, 2018; Mintz-Binder, 2019).

Nola Pender defendia, inicialmente, que o objetivo da enfermagem passava por ajudar as pessoas a cuidarem de si mesmas (Alligood, 2022). No entanto, após concluir o seu doutoramento em Psicologia e Educação a sua visão sobre o objetivo da enfermagem passou a ser o da obtenção da saúde ideal do indivíduo (Alligood, 2022). Com a sua vasta experiência em enfermagem, desenvolvimento humano, psicologia experimental e educação é reconhecida na área da Promoção da Saúde, tendo identificado esta temática como uma meta do século XX. Em 1982, quando apresentou a primeira edição do seu livro *Health Promotion in Nursing Practice*, incluiu a primeira versão do MPS que foi alvo de várias alterações ao longo dos anos, tendo o modelo revisto (Anexo I) sido apresentado na quarta edição do seu livro em 2002 (Alligood, 2022; Murdaugh et al., 2019).

O MPS aplica-se ao longo da vida e é considerado, nos dias de hoje, um referencial teórico e metodológico relevante, frequentemente utilizado como guia na prática de Enfermagem, no sentido do desenvolvimento de comportamentos promotores da saúde, não tendo como principal objetivo a prevenção da doença nem incluir o medo e a ameaça como motivadores de comportamentos saudáveis (Alligood, 2022; Santi et al., 2023). A pessoa, na sua complexidade biopsicossocial interage com o meio ambiente, transformando-o e sendo transformada ao longo do tempo. O MPS aborda a pessoa, o ambiente e a saúde e destaca os fatores cognitivos e afetivos como determinantes para

a adoção de comportamentos relacionados com a saúde. Procura explorar os processos biopsicossociais que motivam as pessoas a envolverem-se em comportamentos promotores da saúde bem como identificar barreiras à saúde, permitindo ao Enf. orientar a pessoa, família ou comunidade no sentido de as ultrapassarem (Alligood, 2022) Aqtm & Darawwad, 2018; Murdaugh et al., 2019). O MPS revisto aborda três componentes, que representam as principais áreas onde os Enf.^s podem recolher dados para avaliar comportamentos, com o objetivo da promoção da saúde, sendo elas: (1) características e experiências individuais, (2) sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e (3) comportamento de promoção de saúde desejável. Estas três componentes integram fatores cognitivos, percetivos e modificadores determinantes na escolha de comportamentos promotores da saúde e que permitem prever esses comportamentos (Alligood, 2022; Aqtm & Darawwad, 2018).

1.2.1. Características e experiências individuais – esta componente compreende duas categorias, o comportamento anterior, que diz respeito a hábitos passados, e os fatores pessoais que incluem questões biológicas (idade), psicológicas (autoestima, automotivação, estado de saúde percebido) e socioculturais (raça, etnia, escolaridade, nível socioeconómico), que podem ser herdados ou adquiridos. As pessoas apresentam características e experiências pessoais únicas e é essencial identificar e compreender estes fatores, para obter contributos que permitam conhecer os hábitos e as condições de vida da criança e da família e que terão influência nas suas ações (Murdaugh et al., 2019; Santi et al., 2023). A evidência científica diz-nos que o melhor preditor de comportamento é a frequência com que um determinado comportamento ou comportamento semelhante ocorreu no passado (Murdaugh et al., 2019) tendo as características e experiências individuais uma enorme influência nas decisões relacionadas com a saúde e segurança.

1.2.2. Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento a alcançar – Esta componente é central no modelo e é composta por seis categorias. Os **benefícios** e **barreiras** têm uma enorme influência na adesão a comportamentos saudáveis, no sentido em que esta adesão irá ser facilitada se a pessoa conseguir ver os seus benefícios e minimizar as barreiras, que são obstáculos e perceções negativas e estão relacionadas com a dificuldade em adotar determinado comportamento, podendo ser reais ou imaginárias e ter influência de fatores externos (culturais, políticos, sociais). Na existência

de inúmeras barreiras é menos provável que ocorram mudanças e um compromisso com o plano de ação (Alligood, 2022; Murdaugh et al., 2019; Santi et al., 2023). Regra geral, a probabilidade de uma pessoa investir tempo e recursos numa determinada atividade é maior quanto maior for a probabilidade de existirem resultados positivos (Murdaugh et al., 2019). A **autoeficácia**, que se relaciona com a capacidade percebida pela própria pessoa para atingir determinado comportamento, motiva a adoção do mesmo e é influenciada pelo afeto relacionado a determinada atividade. Quanto maior é o sentimento de autoeficácia maior o afeto e vice-versa. Quanto maior a autoeficácia percebida, menos barreiras percebidas (Murdaugh et al., 2019; Santi et al., 2023). A autoeficácia percebida e os benefícios percebidos da ação aumentam a probabilidade da pessoa se comprometer com o comportamento promotor da saúde (Alligood, 2022). O **afeto**, inclui os sentimentos e emoções que afetam o comportamento, sendo a satisfação pessoal essencial para que a pessoa mantenha os comportamentos saudáveis. Os afetos positivos aumentam a autoeficácia percebida, que por sua vez, quanto maior for, menores serão as barreiras ao compromisso com determinado comportamento (Alligood, 2022). As **influências interpessoais** são cognições que se prendem com aquilo que as outras pessoas pensam sobre determinado comportamento. Podem ser normas sociais, ou seja, expectativas de outros e modelagem, e podem não corresponder à realidade e influenciar o compromisso ao hábito promotor de saúde. A família, os pares e os profissionais de saúde são fontes primárias de influência interpessoal (Alligood, 2022; Murdaugh et al., 2019; Santi et al., 2023). Quando outras pessoas servem de modelo para determinado comportamento e apoiam para que esse comportamento ocorra é mais provável que a pessoa se comprometa com o mesmo (Alligood, 2022; Murdaugh et al., 2019). Por fim, as **influências situacionais**, como o ambiente do domicílio e os serviços de saúde, que representam percepções sobre o comportamento (Santi et al., 2023). Se a pessoa se sente mais segura, tranquila e compatível com determinado contexto ambiental ou situação, mais facilmente se compromete (Alligood, 2022; Murdaugh et al., 2019).

O comportamento anterior e os fatores pessoais influenciam o comportamento de promoção da saúde através das barreiras e benefícios percebidos, do afeto e da autoeficácia percebida relacionada com determinada ação. Se no início da adoção de determinado comportamento forem experienciados os benefícios de curto prazo é mais

provável que este comportamento se repita e torna-se premente encontrar estratégias capazes de superar as barreiras encontradas e vivenciadas (Alligood, 2022).

1.2.3. Comportamento de promoção de saúde desejável – Esta componente está dividida em três categorias sendo elas o **compromisso com o plano de ação** (compromisso para a execução do comportamento saudável), a **exigência imediata** (baixo controle) e **preferência** (alto controle), e a **conduta de promoção de saúde** (práticas saudáveis adotadas) (Alligood, 2022; Murdaugh et al., 2019; Santi et al., 2023). Enquanto as exigências imediatas dizem respeito a comportamentos sobre os quais a pessoa tem pouco controle (cuidados familiares, responsabilidades de trabalho), nas preferências têm um alto controle, podendo facilmente inviabilizar o plano de ação. Estas diferem das barreiras no sentido em que são impulsos de última hora. Algumas pessoas estão mais predispostas, por questões biológicas ou do desenvolvimento, para se desviarem do compromisso com um determinado plano de ação. Inibir essas preferências requer um exercício de autorregulação (Alligood, 2022). É mais difícil que exista um compromisso com o plano de ação quando é necessária uma atenção imediata entre duas exigências diferentes cuja pessoa tem pouco controle e quando outras ações são mais atraentes do que o comportamento alvo (Alligood, 2022).

As pessoas são capazes de criar condições de vida que expressem o seu potencial de saúde e conseguem avaliar as suas próprias competências e regular o seu próprio comportamento na procura do equilíbrio entre a mudança e a estabilidade (Alligood, 2022).

Os Enf.^s, que fazem parte do ambiente interpessoal, têm uma grande influência sobre as decisões adotadas pelas pessoas ao longo de toda a vida (Alligood, 2022). A intervenção de enfermagem, em parceria com a pessoa, procura dar ênfase aos benefícios na adoção de determinado comportamento, delineando estratégias para superar as barreiras encontradas e criando afeto positivo pelo mesmo, com o objetivo de chegar à etapa final deste modelo, que é o compromisso com o comportamento promotor da saúde, o que resultará numa melhoria na saúde e segurança e melhor qualidade de vida (Murdaugh et al., 2019), sendo a promoção da saúde motivada pelo desejo da pessoa em atingir o seu bem-estar e consequentemente o seu potencial humano (Alligood, 2022).

Os Enf.^s são agentes facilitadores de informação e consciencialização, devendo o EEESIP ser facilitador da aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Sabemos que, apesar da evidência disponível, se continuam a verificar práticas erradas no que diz respeito à utilização dos SRC (Ribeiro et al., 2019), sendo maioritariamente no momento da alta que os pais se mostram mais apreensivos e manifestam dúvidas relacionados com o transporte seguro, nomeadamente com a escolha e correta colocação e transporte do RN nos SRC. Para conseguir dar resposta às necessidades da família é essencial que a intervenção de enfermagem comece o mais precocemente possível, procurando conhecer a estrutura da família, os seus valores e crenças e as suas principais dúvidas e necessidades, planeando intervenções que promovam o desenvolvimento das competências parentais, conduzindo a escolhas informadas, capazes de dar resposta às necessidades da criança/jovem, e contribuindo para um desenvolvimento o mais seguro e saudável possível (Hockenberry, 2024).

1.3. Promoção da segurança infantil

A temática da segurança do doente é considerada “um dos pilares básicos da prática clínica” (Barroso et al., 2021, p.343) e é da responsabilidade dos profissionais de saúde e das instituições promover cuidados mais seguros, identificando situações de risco e agindo em conformidade, implementando medidas de melhoria (Barroso et al., 2021).

Um mundo sem danos provocados pelos cuidados de saúde e onde sejam prestados cuidados de saúde seguros, individualizados e de forma respeitosa, é a visão do PAMSD 2021-2030 adotado pela OMS (DGS, 2022a).

O primeiro pilar do PNSD 2021-2026 é o da cultura de segurança, essencial à nossa prática profissional e que procura reduzir ao máximo incidentes que estejam relacionados com a mesma, garantindo um ambiente seguro, tanto para os profissionais de saúde como, consequentemente, para os doentes (DGS, 2022a). Os profissionais de saúde e as famílias têm uma enorme influência nos comportamentos adotados pelas crianças e jovens ao longo da sua vida e muitos deles irão manifestar-se na idade adulta (DGS, 2022a). Por esta razão, é essencial envolver as famílias, crianças e jovens nesta cultura de segurança devendo as mesmas ter um papel ativo na gestão dos seus comportamentos em saúde (DGS, 2022a).

A literacia em saúde constitui uma das bases que sustenta este pilar e pode ser definida, de acordo com a OMS, citada pela DGS (2019), como “ o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde” (DGS, 2019, p.3).

Enquanto elevados níveis de literacia em saúde capacitam a pessoa para tomar decisões fundamentais sobre a sua saúde, baixos níveis de literacia em saúde estão associados a baixos níveis de educação e acesso a informação, afetando a autonomia da pessoa, o que por sua vez está associado a taxas de mortalidade mais altas, recorrência superior aos serviços de urgência e maior número de internamentos, tendo fortes implicações para as crianças que dependem dos adultos para tomar decisões sobre a sua saúde (DGS, 2019; Leach et al., 2021).

A DGS definiu a literacia em saúde como uma das prioridades em saúde, uma vez que a mesma contribui para a promoção da saúde e prevenção de doenças bem como para a eficácia dos serviços de saúde (DGS, 2019). No sentido de alcançar elevados níveis de literacia em saúde, podemos começar por investir na formação de profissionais de saúde neste âmbito da segurança do doente (DGS, 2022a).

As necessidades das crianças e jovens alteram-se ao longo do crescimento infantil e a intervenção de enfermagem deve ir ao encontro dessas necessidades (Perrin et al., 2023), tornando-se uma prioridade apostar nos cuidados com saúde desde os primeiros anos de vida, uma vez que crianças e jovens saudáveis tendem a ser adultos igualmente saudáveis, autónomos e independentes (Serviço Nacional de Saúde, s.d.).

A saúde pode ser definida por um estado de completo bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doença (WHO, 2021b), sendo um dos principais objetivos da sociedade a promoção do bem-estar das crianças/jovens e famílias (Perrin et al., 2023).

O Enf., em particular o EEESIP, tem uma intervenção privilegiada e fundamental junto da criança e das famílias, trabalhando em parceria com as mesmas no sentido da promoção da saúde através de ações informativas, educativas e preventivas junto da criança e família/pessoa significativa em qualquer contexto em que esta se encontre (Brás et al., 2020; Regulamento n.º 422/2018, 2018) transmitindo orientações antecipatórias (DGS, 2013; Regulamento n.º 422/2018, 2018), com a finalidade de promover o

crescimento e o desenvolvimento infantil saudável (Brás et al., 2020; Regulamento n.º 422/2018, 2018) respeitando sempre os valores, principais dificuldades, receios e dúvidas de cada um e identificando, em parceria, os comportamentos que as mesmas podem adotar para melhorar a sua saúde passando por um processo de negociação até serem compreendidos os benefícios em adotar um comportamento saudável (Brás et al., 2020).

É essencial o investimento nos cuidados antecipatórios (Behr, 2024), indo ao encontro das competências do EEESIP que pressupõe a procura, sempre que possível, por trabalhar com a criança/jovem e família no sentido da adoção de comportamentos potenciadores da saúde e transmissão de orientações antecipatórias que levem ao potencial máximo de desenvolvimento da criança/jovem (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Já o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) reforça a importância dos cuidados antecipatórios sobre segurança do ambiente e acidentes ao longo do crescimento infantil (DGS, 2013; Regulamento n.º 422/2018, 2018), uma vez que as diferentes fases do desenvolvimento acarretam riscos diferentes (Ribeiro et al., 2019).

A promoção da saúde é um processo contínuo, que promove a mudança de estilos de vida e procura capacitar a pessoa e família no sentido de se tornarem responsáveis pela sua saúde e atingirem o seu potencial máximo em saúde. A promoção da saúde envolve políticas focadas na mesma, prevenção de problemas relacionados com a saúde, estratégias relacionadas com questões sociais e económicas, fatores culturais, equidade, educação e aprendizagem (DGS, 2019; Murdaugh et al., 2019; WHO, 2021b). Os Enf.^s são o elemento chave para atingir estes objetivos, tendo, a promoção da saúde, lugar, em qualquer contexto da prática (Murdaugh et al., 2019). A intervenção de enfermagem pressupõe a prestação de cuidados holísticos, individuais ou dirigidos a comunidades, famílias e populações com base no respeito pelos diferentes valores e crenças, tendo o EEESIP uma posição privilegiada no sentido de trabalhar em parceria com a pessoa e família, facilitando o controlo e a tomada de decisão sobre a sua saúde tentando sempre chegar ao comportamento promotor da saúde e também colaborando com outros profissionais de saúde e com a comunidade, tentando prestar cuidados mais diferenciados sempre que necessário chegando ao maior número de pessoas (Murdaugh et al., 2019; Regulamento n.º 422/2018, 2018).

A educação para a saúde é uma componente da promoção da saúde, essencial na intervenção de enfermagem junto da pessoa, família e comunidade. Concentra-se em atividades de aprendizagem que procuram melhorar a sua saúde (Murdaugh et al., 2019; promovendo conhecimento, contribuindo para a literacia em saúde e motivando para o comportamento promotor da saúde (WHO, 2021b). As pessoas são capazes de mudar comportamentos de saúde e o Enf. deve promover um ambiente positivo para que isso aconteça, ajudando em todo o processo de mudança (Murdaugh et al., 2019).

A promoção da segurança infantil começa pela educação da população, sendo essencial a intervenção do EEESIP na prevenção e aconselhamento sobre segurança infantil (Silva et al., 2017). Enquanto agentes facilitadores de informação e consciencialização junto das crianças/jovens e famílias (Ribeiro et al., 2019), a sua intervenção carece de uma parceria com as mesmas, no sentido da educação para a saúde, através de ações informativas, educativas e preventivas (Brás et al., 2020).

Um conceito básico dos CCF, essencial na saúde e na enfermagem é o do empoderamento (Rodrigues, 2022). Este resulta de processos culturais, sociais, psicológicos e políticos (WHO, 2021b) e diz respeito à interação entre o Enf., a criança/jovem e a família, permitindo que estes assumam o controlo sobre a sua saúde, capacitando-os a verbalizar as suas necessidades, dúvidas e receios e a participar nas tomadas de decisão sobre a sua saúde, reconhecendo as mudanças positivas (Ashcraft et al., 2019; Hockenberry, 2024; Perk et al., 2022; Rodrigues et al., 2020). O empoderamento requer também a criação de políticas, nomeadamente a nível hospitalar capazes de dar resposta a essas necessidades (WHO, 2021b).

Os adultos têm o dever de garantir a saúde e segurança das crianças (DGS, 2012) sendo os pais os principais interessados na saúde dos seus filhos, tornando-os responsáveis por decisões com uma influência significativa ao longo do seu crescimento e desenvolvimento. A intervenção do Enf. é fundamental com vista ao empoderamento parental, permitindo dar confiança aos pais e capacitá-los para o controlo sobre as decisões que afetam a saúde e a segurança dos seus filhos (Perk et al., 2022; Rodrigues et al., 2020; Rodrigues, 2022).

O empoderamento parental relaciona-se com a competência e confiança parental. As práticas relacionais como a escuta ativa, empatia e sensibilidade em relação às capacidades familiares, bem como as práticas participativas nomeadamente o

envolvimento dos membros da família em escolhas informadas e tomadas de decisão são estratégias para a sua capacitação (Rodrigues et al., 2020).

Os profissionais de saúde têm uma enorme influência sobre os comportamentos adotados pelas crianças/jovens e família ao longo da vida, tornando-se urgente priorizar a temática da segurança infantil e abordá-la de forma sistemática e individualizada, o mais precocemente possível, em qualquer contexto em que a criança se encontre (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Um estudo de Hoffman e colaboradores (2016) realizado a 291 famílias após a alta hospitalar descobriu que apenas 5% dos RN eram corretamente posicionados no SRC e 91% utilizavam um SRC com muito uso e este, conseqüentemente, não reunia condições de segurança para o transporte do RN. No entanto, os resultados deste estudo indicaram que pais que receberam educação para a saúde sobre esta temática foram mais consistentes no correto posicionamento em SRC (Arnett, 2022).

Parece indiscutível a importância da intervenção do EEESIP junto dos pais no sentido de educação para a saúde e promoção de comportamentos saudáveis relacionados com a segurança infantil (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

1.4. Prematuridade e *Infant Car Seat Challenge*

De acordo com a OMS, podemos definir RNPT como todos os RN com IG inferior a 37 semanas e RNBp como todos os que nascem com menos de 2,5kg, independentemente da IG (Behr, 2024; WHO, 2023). Em todo o mundo, nascem anualmente, cerca de 15 milhões de RNPT e destes, mais de 20 milhões têm baixo peso ao nascer. Aproximadamente 1 milhão de crianças morre devido a complicações derivadas da prematuridade e milhões sobrevivem, embora com alterações significativas do neurodesenvolvimento, que afetam a sua qualidade de vida e das suas famílias.

A prematuridade é a principal causa de morte em crianças com idade inferior a cinco anos, a nível global (WHO, 2023; 2023a; s.d.).

Em Portugal, de acordo com as estatísticas demográficas mais recentes, no ano de 2022, 8,5% do total de nascimentos foram nados-vivos de baixo peso e verificou-se uma diminuição na percentagem de nados-vivos prematuros para 7,4%, menos 0,1% do que no ano de 2021 (Instituto Nacional de Estatística, 2023).

Com o avanço tecnológico, os cuidados neonatais têm sofrido alterações significativas nas últimas duas décadas e, consequentemente, existe uma maior taxa de sobrevivência de RNPT, embora as taxas de morbidade se mantenham estáveis (Behr, 2024; Fernandes et al., 2022).

Os RNPT estão sujeitos a maior risco de eventos adversos após a alta hospitalar, nomeadamente, eventos respiratórios, readmissão hospitalar, alterações no neurodesenvolvimento e mortalidade (Braun et al., 2023).

A prematuridade é responsável pelo maior número de internamentos em UCIN, sendo a imaturidade respiratória, característica dos RNPT e RNBP, responsável por várias complicações neonatais, como a síndrome de dificuldade respiratória, que podem ter um grande impacto ao nível do desenvolvimento infantil (WHO, 2020, 2023).

Esta imaturidade respiratória afeta muitas vezes os mecanismos de controlo respiratório e implica a utilização dos músculos acessórios da respiração, sendo a sua prevalência tanto maior quanto menor for a IG. Traduz-se também em irregularidade a nível respiratório, como as apneias (Behr, 2024; WHO, 2020) que podem ser definidas como um período de ausência de respiração espontânea com duração igual ou superior a 20 segundos ou pausas mais curtas acompanhadas de bradicardia e diminuição da saturação periférica de oxigénio (Behr, 2024; Harrison et al., 2022). Os episódios de apneia tendem a resolver com o aproximar das 37 semanas de idade corrigida (IC). No entanto, nos grandes prematuros pode persistir até às 43 semanas de IC (Behr, 2024).

Os RNPT tardios (RNPTT) são definidos como os RN cujo nascimento ocorre entre as 34 semanas e as 36 semanas mais 6 dias de IG. Embora estes apresentem morbidade e mortalidade superior aos RN de termo, pela sua imaturidade fisiológica e metabólica (SPN, 2018), frequentemente não requerem um período de vigilância e monitorização, uma vez que, habitualmente, não necessitam de internamento nas UCIN. Assim sendo, estão em risco de ter alta sem o reconhecimento de sinais de instabilidade respiratória, ficando mais propícios a eventos adversos após a alta, relacionados com a sua imaturidade respiratória (Braun et al., 2023; Bull, 2020; Harrison et al., 2022; Magnarelli et al., 2020).

Os RNPTT apresentam taxas superiores de falha no ICSC (Harrison et al., 2022). No entanto, nem todas as UCIN os incluem nos critérios para a realização do teste. Este aspeto é considerado preocupante, na medida em que a não realização deste teste se

relaciona com falta de diretrizes e critérios uniformes (Braun et al., 2023; Bull, 2020; Magnarelli et al., 2020). Um estudo recente de Magnarelli (2020) demonstrou que um número elevado de RNPTT apresentou instabilidade respiratória ao ser colocado nos SRC. Os RNPTT que falharam repetidamente no ICSC tinham morbidades respiratórias subjacentes que condicionaram o aumento do tempo de internamento, embora não tenham sido associadas ao resultado do ICSC, mas sim à imaturidade cardiorrespiratória identificada no momento do teste (Bull, 2020; Magnarelli et al., 2020).

É inegável que o posicionamento adequado de qualquer RN é essencial para otimizar a ventilação e oxigenação promovendo uma respiração eficaz e adequada (Behr, 2024). OS RNPT são suscetíveis a apresentar episódios de apneia, baixa de saturação periférica de oxigênio e bradicardia quando posicionados nos SRC (AAP & ACOG, 2017; Davis & Shah, 2018; Sriskandarajah et al., 2022), sendo um dos critérios para a alta segura a estabilidade da função cardiorrespiratória. A alta deve ocorrer após a ausência de medicação adjuvante da respiração, como a cafeína, e de episódios de apneia por um período de 5 a 7 dias (AAP & ACOG, 2017; Committee on Fetus and Newborn, 2008).

A prestação de cuidados a RNPT e RNBP, incluídos no grupo dos RN de risco (Behr, 2024), requer uma equipa especializada e competente (Fernandes et al., 2022; WHO, 2019) devendo o EEESIP ser detentor de conhecimentos específicos que permitam dar resposta às particularidades dos RNPT (Behr, 2024).

A qualidade dos cuidados aos RN pressupõe a prestação de cuidados seguros, oportunos e adequados, em parceria com as famílias, procurando chegar ao melhor resultado possível e tendo em consideração a melhor evidência científica disponível (Regulamento n.º 140/2019, 2019; WHO, 2019).

A escolha e correta utilização dos SRC, é uma temática essencial e que permite dar resposta à necessidade de otimização da ventilação e oxigenação do RN, minimizando o risco de compromisso cardiorrespiratório e que deve ser abordada, junto dos pais, antes da alta, por forma a promover o transporte seguro do RN (AAP & ACOG, 2017; Arnett, 2022; Bull et al., 2009; Bull, 2020; Magnarelli et al., 2020). Desta forma, pretende-se ir ao encontro das competências específicas do EEESIP, ao demonstrar conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades e apropriar a sua intervenção (Regulamento n.º 422/2018, 2018) e ao encontro das competências comuns do EE no sentido de

implementar medidas de prevenção e identificação de práticas de risco (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Tanto os RNPT como os RNBP adotam frequentemente uma posição inadequada quando colocados no SRC. Mesmo não sendo uma recomendação da AAP, a mesma aponta para a necessidade de dar particular atenção ao posicionamento e transporte em SRC neste grupo específico, o que motivou alguns hospitais a eleger também os RNBP para realização do ICSC (Bull et al., 2009; Harrison et al., 2022; Shah et al., 2017; Sharma & Davis, 2018).

Uma das causas apontadas para a ocorrência de eventos cardiorrespiratórios quando os RNPT e RNBP são colocados nos SRC relaciona-se com a baixa tonicidade muscular e proeminência occipital que podem levar à flexão do pescoço e subsequente obstrução das vias aéreas superiores (Arya et al., 2017; Davis & Shah, 2018; Sharma & Davis, 2018) podendo esta, inclusivamente, ser agravada pelo movimento do carro (Arya et al., 2017; Davis & Shah, 2018). Alguns estudos indicam que um ângulo de inclinação no SRC superior a 20 graus não é seguro para garantir uma ventilação eficaz, sendo que os SRC habitualmente posicionam os RN num ângulo de 45 a 60 graus (Hoffman & Vining, 2022).

Nesta linha de pensamento, a AAP recomenda, desde 1991, a realização do ICSC a todos os RNPT antes da alta (AAP & ACOG, 2017; Braun et al., 2023; Hoffman & Vining, 2022). Este teste consiste na monitorização cardiorrespiratória do RN de risco, nomeadamente o RNPT, posicionando-o no SRC adequado. A AAP recomenda a realização do teste por um período de, pelo menos, 90 minutos (AAP & ACOG, 2017). No entanto, a SPN refere que o mesmo deve ser efetuado durante 60 minutos (SPN, s.d.). O seu intuito é identificar episódios de apneia, bradicardia e/ou diminuição da saturação periférica de oxigénio quando o RN é colocado no SRC. Desta forma, é possível perceber se o RN apresenta estabilidade cardiorrespiratória quando posicionado no SRC (AAP & ACOG, 2017; Costa et al., 2020; Davis & Cheo, 2021; Hoffman & Vining, 2022).

É consensual, tendo por base a literatura disponível, que este teste deve ser realizado aos RNPT e RNBP, utilizando sempre que possível o SRC adquirido pelos pais, desde que vá ao encontro do previsto pela lei, sendo o Enf. responsável pela sua colocação. O teste deve ser realizado até 24h antes da alta por um período de 90 a 120 minutos (Behr, 2024; Brás et al., 2019; Bull, 2020; Costa et al., 2020; Davis et al., 2020;

Magnarelli et al., 2020). Os critérios de falha mais consensuais são a saturação periférica de oxigénio inferior a 90%, frequência cardíaca inferior a 80 batimentos por minuto e apneia superior a 20 segundos. Após falha no teste, está indicado a sua repetição após um período de observação de 12h a três dias (Brás et al., 2019; Bull, 2020; Costa et al., 2020; Davis & Cheo, 2021; Davis et al., 2020; Magnarelli et al., 2020). Em alguns hospitais consideram a alta em alcofa, sendo necessária a realização do teste, na mesma, antes da alta (Behr, 2024; First, 2020).

Atualmente ainda é controversa a realização deste teste. Em Portugal é uma prática muito inconsistente (Costa et al., 2020) pela falta de recomendações específicas baseadas em evidência científica atual, por não existir uma norma com critérios específicos e uniformes para a realização do mesmo (Behr, 2024; Costa et al., 2020; Davis & Cheo, 2021; Davis et al., 2020; First, 2019; First, 2020; Hoffman & Vining, 2022), pela exigência de recursos humanos para a realização do mesmo e pelo aumento do tempo de internamento em caso de falha no teste. Este último aspeto interfere não só com a gestão hospitalar como também com a confiança parental, que consequentemente pode interferir na transição bem sucedida para o domicílio (Braun et al., 2023).

Neste sentido, é consensual a necessidade de um documento orientador da prática para a realização do ICSC (Bull, 2020; Davis & Cheo, 2021; Magnarelli et al., 2020), da existência de uma política de alta hospitalar onde sejam contempladas questões relacionadas com a escolha dos SRC, a implementação do ICSC e indicações para os cuidadores antes da alta, prevenindo omissões na abordagem desta temática (Bull, 2020; Davis & Cheo, 2021; First, 2019; Magnarelli et al., 2020) bem como a realização de mais estudos sobre a mesma (Braun et al., 2023; Bull, 2020; Costa et al., 2020; Davis et al., 2020; Davis & Cheo, 2021; Durbin et al., 2018; Harrison et al., 2022; Hoffman & Vining, 2022; Magnarelli et al., 2020; McLaurin-Jiang et al., 2019; Sharma & Davis, 2018).

É no entanto necessário mudar o foco do nosso pensamento e deixar de apontar a ausência de evidências disponíveis como razões para não realizar o ICSC e reconhecer as evidências biomecânicas características dos RNPT, que podem ser responsáveis por eventos adversos graves (Hoffman & Vining, 2022).

O ICSC torna-se uma ferramenta essencial se, por si só, for capaz de identificar patologias ou alterações clínicas significativas que, de outra forma, não teriam sido

detetadas, procurando intervir no sentido da alta mais segura e diminuição da taxa de reinternamento e recorrência ao Serviço de Urgência (Harrison et al., 2022).

A falta de acompanhamento a longo prazo dos RN submetidos ao ICSC é considerada uma lacuna importante, uma vez que existem poucos dados que possibilitem a relação das morbilidades e alterações no neurodesenvolvimento com o resultado do teste (Sharma & Davis, 2018). Seria importante trabalhar em parceria com a comunidade, facilitando o acompanhamento destes RN, nomeadamente os que falham o teste e têm alta em alcofa. Estes têm indicação, segundo a evidência científica disponível, para a realização de um novo teste antes de mudarem para outro SRC, cerca de quatro semanas após a alta ou até às 42-44 semanas de IC (Davis & Shah, 2018). Daí a importância e necessidade de intervenção do EEESIP no trabalho em parceria com a comunidade, melhorando a acessibilidade das crianças e famílias aos cuidados de saúde (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

A transição para a parentalidade é um processo extremamente desafiante e complexo, provido de uma enorme responsabilidade. Quando falamos em parentalidade, falamos na capacidade dos pais, em assegurar um desenvolvimento seguro e saudável dos seus filhos (Barroso & Machado, 2010; OE, 2015). Quando a este processo se associa o nascimento de um RNPT, com as suas especificidades e vulnerabilidades, o desafio não só é maior, como está associado a sentimentos de ansiedade, medo e insegurança (Haward et al., 2020; OE, 2015). Não há dúvida de que os pais são fundamentais e os principais responsáveis na prestação de cuidados aos seus filhos (Guimarães et al., 2015; OE, 2015).

Neste sentido, é importante minimizar o tempo de separação dos pais com o RN e trabalhar em parceria com as famílias. Estas são responsáveis por decisões sobre a sua saúde, sendo imprescindível à nossa prática, pois permite conhecê-las, à sua dinâmica, aos seus receios, às suas forças e fragilidades, impregnando cada contacto com a filosofia dos CCF e CNT (Behr, 2024), no sentido de as empoderar para promover um crescimento e desenvolvimento saudáveis e seguros da(s) criança(s), avaliando o “desenvolvimento da parentalidade” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194), implementando “medidas de prevenção e identificação de práticas de risco” (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e facilitando a “aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família (Regulamento no 422/2018, 2018, p.19193).

É premente garantir a prestação de cuidados consistentes aos RNPT (Davis & Cheo, 2021), tornando-se essencial ter uma equipa de enfermagem detentora de conhecimentos específicos sobre o ICSC e as características particulares dos RNPT e RNBP e capaz de empoderar os pais nas questões relacionadas com o transporte seguro (Brás et al., 2019; Bull et al., 2009; Narvey, 2016), contribuindo para uma alta segura e ausência de incidentes relacionados com o transporte infantil (Arnett, 2022; Committee on Fetus and Newborn, 2008; Hoffman & Vining, 2022).

A formação dos profissionais de saúde é um dos fatores condicionantes da prestação de cuidados seguros (Brás et al., 2019; Despacho n.º 9390/2021, 2021), sendo igualmente determinante o empoderamento dos Enf.⁵. Este contribui para a formação de equipas com conhecimento e treino, não só para a realização do teste ICSC como para realizar ensinamentos aos pais sobre segurança, nomeadamente o transporte seguro (Bull, 2020; Magnarelli et al., 2020). Torna-se necessário investir na formação que promova a “aprendizagem, em contexto de trabalho” suportando a “prática clínica em evidência científica” atualizada (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4746). Como já foi referido, os incidentes relacionados com a segurança constituem um problema real e atual. Desta forma, no sentido de evitar a sua incidência, minimizar os erros e uniformizar a prática, torna-se necessário intervir a nível institucional nomeadamente na implementação de políticas organizacionais, sendo esta considerada “uma aposta inequívoca em saúde” (Despacho n.º 9390/2021, 2021, p.96).

No sentido de desenvolver competências comuns do EE, específicas do EEESIP e de mestre, e com base no autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem (Apêndice II), defini objetivos gerais, específicos e atividades a desenvolver ao longo do meu percurso formativo, nos vários contextos de estágio (Apêndice III).

Como objetivos gerais propus (1) Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança, jovem e família, nos processos de saúde e doença nos diferentes contextos da prática e (2) Desenvolver competências relacionadas com a intervenção do EEESIP na área da segurança infantil.

2. Metodologia

Neste sentido, a metodologia mobilizada ao longo do meu percurso formativo e na consecução do presente relatório foi a prática reflexiva e a Metodologia de Projeto.

O recurso à metodologia científica permite-nos descrever, interpretar e atuar perante uma situação real (Carmo & Ferreira, 2008). Ao longo do nosso percurso profissional, deparamo-nos frequentemente com situações que nos levantam dúvidas e incertezas, conduzindo-nos à reflexão, com o intuito de encontrar uma solução para as mesmas. A prática reflexiva em Enfermagem é uma “ferramenta vital para a aprendizagem” (Peixoto & Peixoto, 2016, p.122), permitindo-nos apoiar a nossa prática de forma crítica e autónoma (Peixoto & Peixoto, 2016). Esta envolve a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação, contribuindo para a aquisição de novos conhecimentos, habilidades e atitudes, que permitem ao profissional responder aos vários desafios que vão surgindo e desenvolver uma nova compreensão dos mesmos. Segundo Schön (1983), citado por Peixoto & Peixoto (2016),

através da reflexão, a pessoa pode perceber e criticar os conhecimentos tácitos que se formaram em torno das experiências repetitivas de uma prática especializada, e pode atribuir um novo significado às situações de incerteza ou singularidade que a prática permitiu experienciar (Peixoto & Peixoto, 2016, p.122).

A Metodologia do projeto baseia-se numa investigação centrada num problema real e na reflexão e identificação de estratégias que procurem a resolução do mesmo, usualmente descrita como uma ponte entre a teoria e a prática (Freitas, 2010). Nos cuidados de Enfermagem é exatamente esta ponte que edificamos e fortalecemos diariamente, procurando estratégias e conhecimentos que permitam resolver ou minimizar os problemas identificados na prática, com vista à melhoria dos cuidados de saúde.

Seguindo as cinco etapas da Metodologia do Projeto, comecei por elaborar o diagnóstico de situação, defini objetivos gerais e específicos, planei atividades que permitiram a concretização dos mesmos, executei essas atividades, avaliei as atividades tendo por base a evidência científica atual e por fim divulguei os resultados através do presente relatório (Freitas, 2010).

O projeto foi desenvolvido e operacionalizado no decorrer das UC Estágio e Estágio com Relatório, ao longo de 22 semanas, em estágios nos seguintes contextos: Cuidados de Saúde Primários (CSP), Consulta de Desenvolvimento (CD), Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), Internamento de Pediatria (IP) e Serviço de Urgência Pediátrica (UP). Em Apêndice IV será apresentada uma breve caracterização dos contextos de estágio.

O reconhecimento das oportunidades formativas de cada contexto levou à escolha dos diferentes locais de estágio, sendo que, as diferentes especificidades e necessidades em saúde das crianças, jovens e famílias, enriqueceram a minha aprendizagem, permitindo, através de uma prática reflexiva, atingir o objetivo de desenvolver competências comuns do EE, específicas do EEESIP e de mestre, sempre com suporte na melhor evidência científica disponível.

No início de cada estágio foi entregue ao respetivo orientador um guia orientador das atividades de estágio (Apêndice V) que compreendia a problemática em estudo e os objetivos gerais e específicos delineados para aquele contexto, bem como uma proposta das atividades a desenvolver para os atingir. Após uma primeira reunião com o Enf. orientador e Enf. chefe dos serviços, os guias propostos foram alvo de alterações consoante sugestões que permitiram direcionar as atividades às especificidades dos contextos, contribuindo para a maximização das oportunidades de aprendizagem e da produção de resultados na melhoria dos cuidados de enfermagem.

De seguida proponho-me a apresentar as atividades desenvolvidas nos vários contextos de estágio, analisando a forma como estas contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE.

3. Descrição e Análise do Percurso Formativo e o seu Contributo para o Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

“Os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências” (Serrano et al., 2011, p.15) uma vez que influenciam e podem ser influenciados por cada profissional, promovendo uma aprendizagem contínua, essencial ao nosso percurso profissional e à nossa formação. Segundo Alarcão e Rua (2005), a formação é “um processo contínuo de apropriação pessoal do saber em contextos interactivos” (Alarcão & Rua, 2005, p.374) e a enfermagem tem procurado dar resposta às constantes mudanças na área da saúde e às necessidades da população nos diferentes contextos (Regulamento n.º 613/2022, 2022; Serrano et al., 2011). Desta forma, exigência, importância, diferenciação e especialização são palavras-chave que caracterizam a evolução dos cuidados de enfermagem (Regulamento nº 140/2019, 2019), e a formação procura criar profissionais competentes (Serrano et al., 2011) a nível cognitivo, técnico e comunicacional (Alarcão & Rua, 2005).

3.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns são partilhadas por todos os EE e estão agrupadas em 4 domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, 2019).

3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Dentro dos deveres gerais do Enf., espelhados no artigo 97.º do Código Deontológico, podemos destacar o dever do respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população (OE, 2015). É para isso essencial uma prática assente não só no sentido de responsabilidade, pelas decisões, ações e tarefas delegadas (Regulamento n.º 613/2022, 2022), com respeito pelos valores e crenças de cada criança/jovem e família, mas também em princípios éticos, como a não maleficência e a beneficência, no sentido em que “para além do não fazer mal, impõe-se fazer o bem” (Almeida, 2004, p.34), conduzindo à procura pela excelência no cuidado de enfermagem (Barroso et al., 2021).

O EEESIP tem a responsabilidade de prestar cuidados com competência e segurança, sendo essencial incluir a criança/jovem e família nas decisões sobre a sua saúde, trabalhando em parceria com as mesmas (OE, 2011), procurando informá-las e apoiá-las na utilização de conhecimentos básicos sobre a sua saúde, à luz do preconizado na CDC (UNICEF, 2019).

Com vista à prestação de cuidados seguros, as intervenções de enfermagem devem ser guiadas por normas, regras de conduta e obrigações dos profissionais de saúde que implicam uma necessidade contínua de formação, assente numa prática baseada na evidência (Barroso et al., 2021). Esta traduz-se numa forma segura, coerente e organizada da prática profissional com vista à obtenção dos melhores resultados em saúde, sendo essencial a partilha desta evidência com os pares, contribuindo para um processo reflexivo e de tomada de decisão (Barroso et al., 2021; OE & ICN, 2012; Peixoto et al., 2016).

Neste sentido, defini como objetivo específico transversal aos vários contextos - **Analisar as práticas de cuidados do EEESIP na dinâmica do serviço e o seu contributo para a melhoria da qualidade de cuidados.** Para responder a este objetivo, foi essencial observar as dinâmicas dos serviços, realizar, numa fase inicial dos estágios, uma entrevista ao Enf. orientador e Enf. chefe procurando conhecer a população abrangida, normas, procedimentos, manuais e políticas de cada serviço. A observação do Enf. orientador e equipa multidisciplinar, durante a prestação de cuidados, adequando a minha intervenção e conseguindo desta forma dar resposta às principais necessidades da população, contribuiu para uma prática profissional ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e a deontologia profissional bem como o respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais (competências **A1.1; A2.1; A2.2**).

A prática reflexiva permite dar resposta e liderar processos de tomada de decisão ética em situações mais complexas e que exigem uma resposta mais competente. A minha prática profissional, coloca-me frequentemente em confronto com este tipo de situações. Os momentos de *debriefing* em equipa, embora ainda sejam raros no serviço onde desempenho funções, têm-se manifestado essenciais para o meu crescimento pessoal e profissional. Estes são considerados momentos importantes de promoção do raciocínio clínico e reflexão sobre a ação (Brehmer et al., 2022).

Esta prática, estimulada ao longo dos estágios, integra atualmente e de uma forma consistente, a minha prática profissional, permitindo sustentá-la, de forma crítica e autónoma e contribui para a minha evolução profissional, através da aquisição de novos conhecimentos, habilidades e mudança de pensamento e atitudes em resposta aos vários desafios (competências **A1.2; A1.3**).

3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Nas últimas duas décadas, a segurança do doente tem-se manifestado como uma preocupação central das agendas de vários países. Em Portugal, a mesma foi definida pelo PNS 2004-2010 da DGS, como sendo uma prioridade para a melhoria da qualidade organizacional, fundamental para a qualidade em saúde (Barroso et al., 2021; DGS, 2022a). Os Enf.^s no seu local de trabalho devem desenvolver, de forma voluntária, contínua e sistemática, atividades de melhoria contínua da qualidade. Estas procuram identificar, avaliar e corrigir situações que na prática profissional poderiam ser melhoradas e alcançar melhores níveis de qualidade de cuidados (Pisco, 2000).

A qualidade é, desta forma, uma aposta inequívoca na saúde, não devendo ser uma preocupação ocasional mas sim constante e melhorada sempre que possível e necessário (Pisco, 2000), por forma a atingir maiores níveis de segurança e desta forma uma maior eficiência e efetividade na prestação de cuidados, com melhores resultados em saúde (DGS, 2022a).

Neste sentido, defini como objetivo específico transversal aos contextos da UCIN e IP - **Desenvolver um projeto institucional na área da qualidade e segurança infantil** (Apêndice VI) (competências **B1.1; B1.2; B2.2; B2.3**) tendo por base as recomendações da OE apresentadas no Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Anexo II). Numa primeira fase deste projeto foram realizadas entrevistas ao Enf. orientador e Enf. chefe de ambos os serviços, a par da realização de reuniões com o grupo da qualidade e segurança do serviço da UCIN, no sentido de identificar as principais necessidades dos mesmos, e procurar desenvolver um projeto que contribuísse para a melhoria da qualidade dos cuidados. Ambos identificaram a temática do ICSC como uma temática essencial a ser trabalhada, procurando melhorar a intervenção de enfermagem junto dos RNPT, contribuir para a segurança no transporte dos mesmos e, consequentemente, promover uma alta segura.

Numa segunda fase, elaborei um Procedimento Setorial (PS) sobre o ICSC (Apêndice VII), tendo o mesmo sido apresentado às chefias de cada serviço e posteriormente validado por duas EEESIP e três Neonatologistas. Foi também realizada formação (Apêndice VIII) sobre o mesmo aos profissionais de saúde dos três serviços envolvidos, Obstetrícia, IP e UCIN e no final da formação pedido aos formandos que respondessem a um questionário de avaliação da sessão formativa (Apêndice IX) no sentido de perceber o grau de satisfação dos mesmos bem como oportunidades de melhoria.

Informalmente, no início da formação, questioneei a equipa no sentido de apurar que conhecimentos detinham sobre este teste, concluindo que a grande maioria desconhecia esta intervenção de enfermagem. Com base nesta informação procurei perceber se esta seria também uma realidade de outras instituições. Neste sentido, contactei, via email, 12 hospitais na procura de resposta a quatro questões: (1) Conhecem o ICSC? (2) A realização do ICSC faz parte das vossas intervenções de enfermagem? (3) Se sim, têm alguma norma definida? e (4) Poderiam partilhar essa mesma norma? Infelizmente, obtive apenas três respostas: (1) desconhecem a intervenção; (2) conhecem o ICSC embora não seja uma intervenção do serviço, tendo apenas um esboço de uma norma e (3) realizam o teste embora a norma se encontre em revisão. Surgiu assim a ideia de divulgar a minha pesquisa e o meu projeto com outras intuições, que levou ao planeamento de um estudo de investigação sobre esta temática (Apêndice X).

Além da segurança, também a comunicação foi definida como um dos pilares do PNSD 2021-2026, sendo esta essencial para garantir, em qualquer contexto da prática profissional, a promoção de cuidados seguros (Barroso et al., 2021; DGS, 2022a). Falhas na comunicação, sejam elas motivadas pela ausência de comunicação, comunicação errada, omissa ou incompleta ou compreensão de uma mensagem diferente da que foi emitida potenciam a ocorrência de eventos adversos e comprometem seriamente a segurança do doente. No sentido de as evitar, a OMS destaca a área da “Comunicação entre os profissionais durante a transição/transferência de cuidados” (DGS, 2022a, p.29) como uma prioridade, constituindo um dos objetivos deste pilar do PNSD 2021-2026 melhorar a comunicação e a segurança nos momentos de transição de cuidados, momento este propício à ocorrência de falhas na comunicação (Barroso et al., 2021; DGS, 2022a). Existir uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde diminui a

probabilidade destas falhas ocorrerem e aumenta a efetividade na compreensão da mensagem transmitida (DGS, 2017; DGS, 2022a).

Os momentos de transição de cuidados pressupõem que o Enf. recetor seja capaz de se apropriar do estado atual do doente por forma a definir um plano de cuidados tendo por base os objetivos já delineados pelo Enf. emissor (Barroso et al., 2021). De acordo com a DGS este momento de transição de cuidados, deve ser feito com recurso à técnica ISBAR que corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações) (DGS, 2017). A técnica ISBAR é uma ferramenta de uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde e promove o pensamento crítico, contribuindo para a rapidez na tomada de decisões, redução do tempo na transferência de informação e promoção da célere integração de novos profissionais (DGS, 2017).

A OMS destaca, por isso, a importância dos momentos de transição de cuidados serem feitos sem interrupções e auxiliados por instrumentos de apoio à comunicação, como as folhas de passagem de turno (DGS, 2017). Neste sentido, procurei que estas recomendações integrassem a minha intervenção do decorrer dos vários estágios, fazendo atualmente parte da minha prática profissional.

No contexto de UP, foi possível identificar como necessidade de melhoria do serviço, a implementação de uma folha de passagem de turno, que me levou a definir, como objetivo específico, o de **contribuir para o desenvolvimento de práticas de qualidade em contexto de UP com foco na segurança do doente** (competências **B1.1; B1.2; B2.2**). Neste sentido, elaborei uma folha de passagem de turno com recurso à técnica ISBAR (Apêndice XI) e posteriormente apresentei a mesma à chefia e equipa de enfermagem.

A par do desenvolvimento de competências, procurei que a minha intervenção fosse sempre ao encontro da manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, tendo para isso sido essencial definir como objetivo específico, transversal a todos os contextos, **analisar as práticas de cuidados do EEESIP na dinâmica do serviço e o seu contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados**. A observação da dinâmica do serviço, consulta de protocolos, normas, manuais e o cumprimento de medidas de prevenção e controlo de infeção, contribuíram para uma prática segura e colaboração na gestão do risco, nos vários contextos da prática. Os cuidados prestados assentaram na filosofia dos

CCF, respeitando a cultura, valores e necessidades de cada um bem como a sua privacidade (competências **B3.1; B3.2**).

3.1.3. Domínio da gestão de cuidados

Como referi anteriormente, a minha prática profissional decorre há 6 anos numa UCIN, onde sou segundo elemento da equipa de enfermagem e partilho funções de gestão de cuidados com a chefe de equipa. As UCIN são essenciais e críticas ao crescimento e desenvolvimento dos RN, nomeadamente os RNPT e dada a complexidade dos cuidados, o risco de incidência de erros é elevado sendo prioritário investir na qualidade e segurança.

A gestão dos cuidados está diretamente relacionada com a qualidade e segurança dos mesmos, representando uma ferramenta fundamental para a obtenção de ganhos em saúde (Regulamento n.º 76/2018, 2018; Treviso et al., 2017). O EE deve desenvolver competências de gestão, nomeadamente ao nível da tomada de decisão, comunicação, administração, liderança, governança e educação (Treviso et al., 2017).

Na minha prática profissional, colaboro nos processos de tomada de decisão de equipa, nomeadamente ao nível da coordenação da equipa de enfermagem, através da distribuição dos elementos no turno pelas salas de Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios, tendo em conta a experiência e competências profissionais de cada um, bem como a distribuição dos RN por Enf., com base nas necessidades de cada RN e complexidade dos cuidados de enfermagem, procurando garantir as dotações seguras e a segurança dos cuidados. Presto também assessoria à equipa de enfermagem e supervisiono tarefas delegadas, como a montagem de ventiladores, preparação de perfusões, entre outros. Procuro articular com a equipa médica no sentido de planear os cuidados e negociar a referenciação do RN e família para outros prestadores de cuidados sempre que necessário, nomeadamente terapias respiratórias, assistente social e pedopsiquiatria (competências **C1.1; C1.2; C2.1; C2.2**)

Sempre que sejam identificadas práticas de risco intervenho fazendo o reporte do evento adverso ou incentivando a equipa à sua realização, na procura de estratégias para assegurar a melhor prática possível (competências **C1.1; C1.2; C2.1; C2.2**).

3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O Enf. competente é aquele capaz de atuar de forma adequada e adaptada em resposta a uma determinada situação sendo para isso essencial a sua compreensão para a emissão de um juízo sobre a mesma, fundamentando a intencionalidade da ação (Alarcão & Rua, 2005). A competência implica conhecermos os nossos limites, os nossos saberes e os nossos não-saberes, exigindo autoconhecimento, essencial a uma atuação coerente, assertiva e eficaz, evitando práticas inseguras (Alarcão & Rua, 2005).

Os estágios clínicos tornam-se desta forma essenciais ao desenvolvimento de competências sendo os diferentes contextos da prática fundamentais para a “construção de saberes e gestos profissionais, relacionando o saber formalizado com a prática, isto é, o saber, com o saber fazer e o saber ser (da ação), construindo o saber cognitivo (saber emergente de reflexão na ação)” (Alarcão & Rua, 2005, p. 376).

Nas UCIN e UP, somos frequentemente confrontados com situações emergentes, de maior *stress*, risco e pressão, como acidentes graves, doenças respiratórias, paragens cardiorrespiratórias, entre outras, que exigem aos Enf.⁵ uma formação contínua, específica, que lhes permita dar resposta às mesmas. Para este efeito contribui uma educação no sentido do autoconhecimento, incentivando os profissionais a reconhecerem os seus limites, bem como regular emoções e saber atuar em situações de maior conflito e *stress*. A minha atividade profissional permitiu trabalhar neste sentido e desenvolver o meu autoconhecimento e a minha capacidade de resposta face a situações de especial complexidade, o que se manifestou fulcral à minha intervenção nos restantes contextos da prática. Desta forma, consegui, em todos os estágios clínicos, trabalhar esta competência do autoconhecimento e assertividade, atuando em conformidade em situações de maior pressão e conflito e reconhecendo sempre os meus limites, aproveitando cada momento para observar o Enf. orientador, a equipa multidisciplinar, consultar procedimentos e normas, refletindo sobre a prática e adquirindo novas aprendizagens (competências **D1.1; D1.2**).

A eficácia e eficiência dos serviços de saúde deve constituir uma preocupação de todos. Neste sentido, a DGS definiu, como um dos objetivos estratégicos do PNSD 2021-2026, a promoção da formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente, contribuindo desta forma para uma cultura de segurança (DGS, 2022a). Nesta linha de pensamento, após identificar as principais necessidades da UCIN e UP onde

estagiei, e em concordância com o Enf. orientador e Enf. chefe, defini como objetivo específico **“Ser facilitador de aprendizagem, em contexto de Neonatologia, com foco na segurança infantil”** e **“Ser facilitador de aprendizagem, em contexto de SU, com foco na segurança infantil”** (competências **D2.1; D2.2; D2.3**) realizando uma formação sobre identificação inequívoca no RN (apêndice XII) e sobre segurança do doente (apêndice XIII), respetivamente.

Na UCIN defini como objetivo específico **“Adquirir e aprofundar conhecimentos relacionados com o ICSC”** (competências **D2.1; D2.2; D2.3**) onde, após recolha de material bibliográfico com base na melhor e mais recente evidência científica, e discussão da temática com a Enf. orientadora, elaborei um PS sobre o ICSC e um documento de apresentação da problemática e intervenção à equipa multidisciplinar. Embora o contexto do Internamento de Obstetrícia não faça parte do plano curricular do Mestrado em ESIP, este constitui um serviço que responde às necessidades de cuidados da população em causa, nomeadamente RNPT e RNBP, pelo que se mostrou essencial intervir neste contexto, no sentido de dar continuidade à prática, uniformizando os cuidados, promovendo uma alta segura.

Em contexto de CSP, embora não tenha definido um objetivo específico com vista ao desenvolvimento de aprendizagens profissionais, após propor a realização de atividades dirigidas à prevenção de acidentes rodoviários e transporte seguro, foi-me pedido, pela equipa de enfermagem, uma reunião, com o objetivo de elucidar a mesma sobre os cuidados antecipatórios essenciais a trabalhar com as famílias, crianças e jovens relacionados com esta temática, reconhecendo-a como uma lacuna da sua intervenção (competências **D2.1; D2.2; D2.3**).

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

As competências específicas do EE diferem para cada área de especialidade e são “demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745). Dividem-se em três grupos e cada um deles agrupa diferentes unidades de competência e respetivos critérios de avaliação. Neste capítulo irei analisar as minhas atividades de estágio, enquadradas nas três áreas de competência.

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

Criança é “toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso” (OE, 2017, p.4). Pela sua vulnerabilidade, estas dependem dos adultos, nomeadamente pais/cuidadores e Enf.^s, para assegurarem os seus direitos à saúde e segurança (DGS, 2012). A transição para a parentalidade é um processo extramente desafiante e complexo, provido de uma enorme responsabilidade, que pressupõe o empoderamento parental (Antão et al., 2019; Barroso & Machado, 2010; OE, 2010, 2015). O EEESIP tem esta enorme responsabilidade de empoderar as famílias, contribuindo para a promoção de um crescimento e desenvolvimento saudáveis e seguros da(s) criança(s), com vista à maximização da sua saúde, implementando em parceria com as famílias um plano “promotor da parentalidade” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193), facilitando a “aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família” (Regulamento no 422/2018, 2018, p.19193), tornando imprescindível uma prática que tenha por base os CCF.

“A segurança das crianças em geral e a prevenção de acidentes em particular é responsabilidade de todos” (Antão et al., 2019, p15). As crianças são, muitas vezes, alvo de comportamentos de risco que culminam em acidentes, embora muitos deles evitáveis.

A avaliação do impacto destes eventos na vida das crianças e das suas famílias pode dar contributos importantes que motivem o investimento nesta área, nomeadamente aumentar o conhecimento sobre a forma como os acidentes ocorrem e compreender os obstáculos sentidos pelas famílias, crianças e jovens na sua prevenção. Desta forma, será possível direcionar a educação para a saúde e facilitar ferramentas e estratégias válidas para a prevenção da ocorrência destes incidentes, ao longo da infância (APSI, 2022). No que concerne à segurança rodoviária, o transporte adequado em SRC homologado e adaptado ao tamanho e peso (Lei nº 72/2013, 2022) constitui uma medida obrigatória para todos os RN e crianças até aos 12 anos ou 135cm de altura, sendo reconhecido que, a não utilização destes SRC ou a sua utilização incorreta podem contribuir para o aumento do risco de morbilidade e mortalidade, com repercussões no crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens (European Commission, 2022; Smola et al., 2020).

Por esta razão, a temática da segurança infantil, com foco no transporte seguro, é uma área de elevada importância e que deve ser abordada o mais precocemente possível (DGS, 2012) e sempre que seja oportuno ou necessário. Já o boletim de saúde infantil e juvenil (SIJ) integra os acidentes e a segurança nos temas a abordar em cada consulta, indo ao encontro do PNSIJ. Também o PNPA refere que

o «transporte seguro de bebés, crianças e jovens» desde a alta da maternidade em veículo automóvel é uma prioridade. Ao longo da infância e da adolescência os comportamentos individuais e o uso de sistemas de proteção adequados na circulação rodoviária, em velocípedes e/ou veículos motorizados, são áreas de grande relevo (DGS, 2010, pág.7).

Torna-se assim prioritário desenvolver uma cultura de segurança na nossa prática profissional, eficiente na proteção das crianças contra os riscos a que estão expostas diariamente (Antão et al., 2019; DGS, 2022a; Profit et al., 2020). Em consonância com esta visão, torna-se essencial uma abordagem do EEESIP com uma componente preventiva e que pode ser decisiva ao longo do crescimento infantil (Silva et al., 2017).

Existem inúmeras formas de prevenir os acidentes infantis. Podemos destacar a implementação de normas específicas e melhoria da legislação nas instituições, a promoção de comportamentos seguros através da formação de profissionais de saúde e a realização de educação para a saúde junto da população contribuindo para uma maior literacia em saúde (Silva et al., 2017).

Os diferentes contextos da prática representam diferentes oportunidades de educação para a saúde junto das famílias e têm uma enorme influência nas decisões que as mesmas tomam sobre a sua saúde (DGS, 2019).

Com base nesta perspetiva, transversalmente a todos os contextos, defini como objetivo específico **promover a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na família no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde relacionados com a prevenção de acidentes rodoviários e o transporte seguro** (competências **E1.1; E1.2**), procurando oportunidades de intervir no sentido da promoção da saúde.

Como referência e base da minha intervenção recorri ao MPS de Nola Pender uma vez que na procura de mudanças de comportamento, onde o objetivo é atingir comportamentos promotores da saúde, o EEESIP deve respeitar as características únicas de cada família (DGS, 2019).

Neste sentido, procurei, numa entrevista inicial com o Enf. orientador e, sempre que possível com as famílias, recolher o máximo de informação, nomeadamente, características familiares, valores e crenças, comportamentos de risco anteriores, situação familiar e laboral, tendo em conta que são vários os fatores de risco para a ocorrência de acidentes, como a idade, o sexo, os baixos níveis de literacia, o ambiente do domicílio, a comunidade, a escola, a sociedade, sendo mais frequentes os comportamentos de risco na adolescência (Alligood, 2022; Antão et al., 2019; Aqdam & Darawwad, 2018; DGS, 2019).

O conhecimento, a atitude, os recursos, as crenças e as perceções têm influência na forma como a pessoa atua perante determinada situação sobre a sua saúde. Neste sentido, é importante conhecer as famílias e perceber o que para elas é importante e “entender a pessoa como agente ativo no que concerne à escolha dos cuidados de saúde” (DGS, 2019, p.27).

Neste sentido, e também transversalmente a todos os contextos, defini outro objetivo específico de **avaliar conhecimentos e comportamentos da família relativos à segurança infantil, com foco no transporte seguro** (competências **E1.1; E1.2**).

De facto,

apostar na segurança das crianças quando viajam de automóvel é promover ganhos em saúde, melhorar continuamente a qualidade das intervenções dos serviços prestadores de cuidados de saúde globais, aumentar o nível de literacia em saúde e em segurança das famílias portuguesas para uma maior responsabilização dos cidadãos e mais sustentabilidade das ações (DGS, 2012a, P.24).

É desta forma indiscutível a importância de abordar esta temática no sentido de proteger crianças e jovens e identificar situações de potencial risco (Antão et al., 2019). Perceber quais os conhecimentos das mesmas sobre a temática dos acidentes, nomeadamente questões relacionadas com o transporte seguro, adequando a nossa intervenção e traçando um plano com base nas suas necessidades e que nos leve a atingir o comportamento desejável.

Muitas das questões e dúvidas dos pais surgem no momento da alta e estão relacionadas com a correta escolha e utilização dos SRC. Na UCIN, IP e também na UP, foi importante planear momentos, junto das famílias, para esclarecimento de dúvidas e partilha de sentimentos, preocupações e expectativas antes da alta.

Por outro lado, e em concordância com o que acontece atualmente na minha prática profissional, as equipas de enfermagem dos contextos onde estagiei são constituídas por elementos com pouca experiência profissional, nomeadamente na área da pediatria sendo muitos deles recém-licenciados. Infelizmente, a falta de experiência leva muitas vezes a insegurança na abordagem de algumas temáticas junto dos pais. Uma delas é o transporte seguro, sendo que a transmissão de conhecimentos é muitas vezes insuficiente e inconsistente, incapaz de dar resposta às necessidades das famílias (Smola et al., 2020; Skitek-Adamczak et al., 2022). Neste sentido, ao elaborar o PS sobre o ICSC, surgiu a ideia de colocar em apêndice orientações específicas sobre esta temática, de forma a realizarmos educação para a saúde aos pais com mais segurança e uniformes, ao longo do internamento e no momento da alta. No momento de apresentação e formação sobre o PS reforcei ainda a importância dos momentos de supervisão e validação da informação transmitida, antes da alta.

Também na UP, deparei-me muitas vezes com pais a chegarem à triagem com os RN sem cintos de segurança no SRC ou com os cintos mas sem as proteções do mesmo, ou ainda com SRC desadequados para o peso e idade da criança. Também surgiram algumas situações de recorrência por acidentes e quedas com traumatismo pela não utilização de capacetes. Com estes exemplos, pretendo reforçar que também na UP, e principalmente no momento da triagem, estamos perante uma oportunidade única de educação para a saúde junto dos pais e crianças (Smola et al., 2020).

Nos CSP, aproveitei as consultas de saúde infantil, para esclarecimento de dúvidas, bem como supervisão e validação do posicionamento dos RN nos SRC e tive também oportunidade de participar em consultas de saúde materna com grávidas que manifestaram dúvidas sobre esta temática e que ainda não tinham adquirido o SRC, indo ao encontro das recomendações da DGS que realçam a importância de “integrar as intervenções de promoção da segurança e de instalação adequada de SRC nas atividades de rotina das consultas de saúde materna e saúde infantil” (DGS, 2012a, P.23).

Neste sentido, planeei consultas (apêndice XIV) para diferentes faixas etárias, onde uma das temáticas abordadas se prendeu com a segurança. Elaborei também um folheto informativo (apêndice XV) sobre o transporte seguro para ser disponibilizado junto dos pais no momento das consultas e, posteriormente, pela pertinência do conteúdo, foi-me solicitado pela equipa de enfermagem a elaboração de um póster sobre a mesma

temática (apêndice XVI), por forma a ficar afixado e visível para todos os que frequentam a USF. Ainda neste sentido, fui convidada a participar no jornal da USF com um artigo (apêndice XVII) sobre esta mesma temática, que foi posteriormente disponibilizado para todos os utentes.

No IP, apresentei esse mesmo folheto à Enf. orientadora e Enf. chefe do serviço, que me pediram para o utilizar no serviço, uma vez que continha informação essencial de apoio às famílias, não só para o momento da alta como para consulta no domicílio em caso de dúvida. Planeei também um momento de conversa, partilha de dúvidas e formação junto dos pais onde fiz uma breve apresentação da temática e pontos mais relevantes sobre os SRC (apêndice XVIII).

No estágio de CD, embora tenha acompanhado famílias com um tempo longo de internamento, já muito informadas sobre esta temática, tive oportunidade de validar junto dos pais que os mesmos tinham carros e SRC adaptados às necessidades dos seus filhos, nomeadamente crianças com paralisias cerebrais e lesões vertebro medulares transportados em cadeiras de rodas que exigiam essa adaptação, indo ao encontro do preconizado pela lei que afirma que “crianças com deficiência que apresentem condições graves de origem neuromotora, metabólica, degenerativa, congénita ou outra” (Diário da República, 2022, p.49) têm a obrigatoriedade de ser transportadas num assento, cadeira ou outro SRC “que tenha em conta as suas necessidades específicas e seja indicado por um médico da especialidade” (Diário da República, 2022, p.49).

O EEESIP em contexto de CSP, assume uma posição privilegiada para a promoção da saúde e da literacia em saúde, uma vez que este contexto é frequentemente o primeiro contacto das famílias com os profissionais de saúde (DGS, 2019; Ministério da Saúde, 2002). São também, muitas vezes, o elo de ligação com a comunidade, nomeadamente em contexto escolar. Desta forma, fez-me sentido definir como objetivo específico no contexto de CSP: **Prestar cuidados à criança/jovem e família em parceria com a comunidade com foco na promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento** (competência **E1.1; E1.2**). Estagiei numa USF com uma enorme multiculturalidade e com famílias de estratos socioeconómicos muito díspares onde presenciei situações como o absentismo escolar, falta de condições de higiene, incumprimento do programa nacional de vacinação e comportamentos de risco, nomeadamente relacionados com o transporte

infantil. Em todas estas situações, foi possível destacar como fatores comuns a pobreza e baixos níveis de literacia.

As crianças têm não só direito como devem ser atendidas por profissionais com formação e experiência em Pediatria ou Saúde Infantil e com competências e sensibilidade para intervir junto das mesmas (DGS, 2021), sendo muitas vezes essencial a referenciação para outros recursos disponíveis na comunidade, como os serviços sociais, grupos de apoio, saúde escolar, entre outros (Smith, 2018; WHO, 2022a). Com base nas experiências vividas durante este estágio decidi realizar um jornal de aprendizagem (apêndice XIX) de uma situação vivenciada durante uma consulta de saúde infantil onde acompanhei uma adolescente e família, que vivem num meio onde existe pobreza, comportamentos de risco e também negligência, sendo que “os profissionais de saúde têm a oportunidade tanto de capacitar os cuidadores na satisfação das necessidades humanas básicas como de encaminhar situações suspeitas merecedoras de preservar os direitos da criança” (Antão et al., 2019, p.22).

É indiscutível que a educação para a saúde é um elemento chave na nossa prática diária e que contribui para a mudança de comportamentos. Neste sentido, as atividades delineadas permitiram-me ser promotora da parentalidade, minimizando situações de risco e facilitando a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança infantil (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

3.2.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

Compete ao Enf., no seu ato de cuidar, ser capaz de dar resposta às situações de “particular exigência, decorrente da sua complexidade” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

Confronto-me diariamente com situações complexas, incontornáveis e recorrentes nas UCIN como a instabilidade das funções vitais e a morte neonatal.

A par da sua vulnerabilidade, os RN são incapazes de exercer o seu direito à autonomia, pelo que, a tomada de decisão é da responsabilidade do binómio pais-equipa de saúde (Macedo & Lopes, 2005). No entanto, as decisões em fim de vida levantam inúmeros aspetos éticos, principalmente em situações como o iniciar ou suspender medidas de reanimação. A jurisprudência define que, se o tratamento em questão é apenas fútil e oneroso, sendo que o desfecho esperado é a morte do RN, a decisão de dar

término ao mesmo e prestar cuidados de fim de vida com conforto e dignidade é, na grande maioria das vezes, a mais adequada (Nuffield Council on Bioethics, 2006). Os princípios da beneficência e não maleficência (não provocar qualquer dano ou nenhum dano adicional) têm especial importância no momento da tomada de decisão em fim de vida, sendo que em certas situações onde é previsível a morte como o resultado esperado, a mobilização de certas tecnologias e o encarniçamento terapêutico não trazem qualquer benefício, prolongando apenas a dor e o sofrimento (INEM & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020; Hey et al., 2021; Linebarger et al., 2022; Menezes, 2011; Ministério da Saúde, 2011; Nasser et al., 2020).

Embora este momento fuja completamente às expectativas pré-definidas durante a gravidez e ao que consideram o ideal e normal no processo de gravidez e pós-parto, os enfermeiros trabalham ao lado dos pais com o intuito de minimizar a complexidade da experiência, promover a vinculação e a adaptação à situação. À luz dos CNT, devemos procurar eliminar ou diminuir o sofrimento, tanto físico como psicológico do RN e da sua família, sendo o principal objetivo não causar dano. Neste sentido, procurei ser o elo de ligação com outros elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente psicólogos, prevenir ou minimizar a separação do RN dos seus pais, promover o sentimento de controlo e evitar procedimentos dolorosos, sendo que, os CNT são uma forma de cuidados terapêuticos que englobam também a prestação de cuidados paliativos em situações de fim de vida (Hockenberry, 2024).

Na UCIN onde estagiei, existe uma sala de cuidados paliativos ou cuidados pós-morte onde os pais podem permanecer junto filhos no momento após a morte. Esta sala tem um ambiente acolhedor, encontra-se agradavelmente decorada, com uma temperatura amena, silenciosa e com cadeirões confortáveis. É dada a possibilidade aos pais de colocar o RN num berço ou na incubadora e de ser ou não vestido com roupa escolhida pelos mesmos. De facto, o ambiente hospitalar humanizado promove um ambiente seguro e afetuoso e tem um enorme peso na transformação da emocionalidade vivida pelos clientes (Diogo, 2015) e todas as condições físicas do ambiente podem afetar o estado emocional dos pais (Almeida et al., 2016; Diogo, 2015). É desta forma indiscutível a importância de uma prática do EEESIP assente nos CCF e que promova os CNT.

É importante ter em consideração a unicidade de cada elemento da família no processo de luto e conseguir aceitar as diferentes formas de luto e aplicar conhecimentos

e capacidades que sejam facilitadores do processo de luto (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Na minha realidade profissional, é oferecida uma caixa aos pais com algumas memórias do RN, nomeadamente o cartão com o seu nome e a pegada impressa, o cartão de comemoração do seu 1.º mês, umas botinhas e um gorro, uma estrelinha (ficando outra igual com o RN) e um livro do luto. Esta caixa pode representar um instrumento facilitador do processo de luto e uma fonte de esperança, podendo ser completada pelos pais da forma que lhes fizer sentido. Neste sentido, também são realizadas algumas intervenções pela equipa da UCIN, sendo enviado aos pais um cartão de condolências, com mensagens dos elementos da equipa, e posteriormente na data em que o RN faria um ano é enviado novamente um cartão aos pais.

Embora na minha prática, desenvolva competências do EEESIP relacionadas com situações de instabilidade e risco de morte bem como cuidados de enfermagem em situações de doença rara (competências **E2.1; E2.3**) este é um processo de aprendizagem contínuo. Por essa razão, fez-me sentido definir como objetivo específico do contexto de UCIN: **Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN de risco e à sua família** (competências **E2.1; E2.3**). Trabalhar numa UCIN pode ser emocionalmente intenso, quando somos confrontados com situações difíceis de gerir (Almeida et al., 2016; Silva, 2010), onde as nossas decisões têm por base as emoções sentidas no momento (Callado, 2020). Desta forma, durante o estágio na UCIN, no sentido de melhorar a minha prática, nomeadamente a capacidade de decisão em situações de fim de vida bem como evitar situações de exaustão emocional, sugeri à minha equipa a organização de momentos de *debriefing* de forma a promover momentos de reflexão tentando perceber o que correu bem e menos bem, o que sentimos e o que poderíamos ter feito de forma diferente (Hey et al., 2021; Santos & Gonçalves, 2019; Silva, 2010; O'Connor, 2007).

São vários os autores que apontam como elemento chave para o controlo emocional a preparação da equipa de enfermagem, tanto através de formação como através de momentos de reflexão e partilha de emoções e sentimentos (Almeida et al., 2016; Diogo, 2015, 2019; Hey et al., 2021; Laguna et al., 2021; Linebarger et al., 2022; Nasser et al., 2020; Perboni et al., 2018; Rocha et al., 2017; Silva, 2010). Uma vez que a formação adequada das equipas vai permitir responder de forma apropriada às necessidades tanto psicológicas como emocionais, do RN e da família (EACH, 2016) e a falta de preparação leva muitas vezes à má prática de cuidados (Hey et al., 2021).

No meio destas situações complexas, o EEESIP tem o dever de cuidar da criança e da sua família, sendo o contexto da UCIN rico nestas situações, pela vulnerabilidade acrescida reconhecida a estes RN e famílias. Desta forma, em parceria com uma família numa situação particularmente complexa de uma RN com necessidade de ventilação há cinco meses, atualmente através de uma traqueostomia decidi elaborar um plano de cuidados (apêndice XX) que me permitiu individualizar os cuidados, em resposta às principais necessidades desta família. A elaboração de um plano de cuidados permitiu-me refletir sobre a minha prática, questionando modos de agir e pensar, que por vezes se podem tornar rotineiros e não responsivos às necessidades particulares do RN e família. Desta forma, o raciocínio clínico inerente à construção de um plano de cuidados, fundamentado pela evidência científica e à luz das competências do EEESIP e EE, revelou-se uma atividade extremamente enriquecedora.

Também na UP são frequentes os momentos de confronto com situações de instabilidade e risco de morte, no entanto, neste contexto, estamos sujeitos a receber crianças vindas da rua, diretamente na triagem, em situação de grande instabilidade ou mesmo em paragem cardiorrespiratória. Quando estas situações acontecem de forma repentina e inesperada, tornam-se ainda mais complexas, emocionalmente intensas, difíceis de gerir e são desafiantes para a equipa de enfermagem, que desempenha um papel fundamental junto da família, procurando dar apoio e conforto nesta fase de choque e também durante o processo de luto (Almeida et al., 2016; Silva, 2010). Desta forma, defini como objetivo específico do contexto de UP: **Prestar cuidados de Enfermagem à criança/jovem em situação de instabilidade das funções vitais e risco de morte** (competência **E2.1**) tendo sido essencial à minha aprendizagem, participar numa formação (anexo III) relacionada com a organização da sala de reanimação e da equipa em situações de urgência.

A experiência de dor e sofrimento nas crianças não se limita às situações de grande instabilidade e risco de morte. Infelizmente são muito frequentes nos cuidados de saúde, principalmente quando estes implicam a execução de procedimentos invasivos, acarretando *stress* e ansiedade tanto para a criança como para os pais. O EEESIP assume desta forma, uma intervenção primordial no alívio da dor e sofrimento da criança, planeando os cuidados, em parceria com os pais, consciente de que “o crescimento e desenvolvimento da criança deve ser vivido de forma feliz e harmoniosa – sem lugar para

a dor e sofrimento que são factores de grande instabilidade e desequilíbrio para toda a estrutura familiar” (OE, 2013, p.7).

Por esta razão, foi basilar definir como objetivo transversal aos vários contextos: **Prestar cuidados de enfermagem com vista ao bem-estar da criança/jovem através do controlo e gestão diferenciada da dor** (competência **E2.1**), sendo esta há mais de uma década considerada o quinto sinal vital, embora nem sempre lhe seja dada a devida importância (OE, 2013). A dor é subjetiva e única, uma vez que difere de pessoa para pessoa, exigindo uma intervenção individualizada, e o reconhecimento das “mais-valias que as intervenções terapêuticas não farmacológicas proporcionam à promoção da saúde e do bem-estar dos indivíduos e das comunidades” (OE, 2013, p.7).

A presença dos pais é um fator particularmente importante e que minimiza o sofrimento e ansiedade e a percepção da dor na criança (OE, 2013) indo ao encontro da Carta da Criança Hospitalizada que afirma que qualquer criança tem o direito de permanecer junto dos pais e os mesmos devem ser encorajados a ficar junto dos filhos e a participar nos seus cuidados (EACH, 2016), e da Carta da Criança nos CSP ao afirmar que as crianças “têm o direito a estar acompanhadas pelos pais/mães/cuidadores em todos os momentos da prestação dos seus cuidados” (DGS, 2021, p.6).

As estratégias que utilizei durante os estágios foram ao encontro do preconizado pela OE bem como das possibilidades de cada contexto: incentivar os pais a participarem nos cuidados ao filho e a permanecer junto da criança; incluir a criança, consoante a idade e maturidade, nas decisões sobre a sua saúde, prestando informações claras, utilizando palavras simples e orientações antecipatórias, não omitindo informação sobre o que iria acontecer; elogiar a criança; brincar com a criança; rir e sorrir; utilizar a distração, procurando conhecer a criança e falar sobre temáticas do seu interesse; musicoterapia; e nos RN, a redução das luzes e do ruído, utilização da contenção, sucção não nutritiva por vezes com recurso a sacarose 24%, posicionamento adequado, incentivar os pais a dar colo e fazer canguru; bem como articular com outros profissionais de saúde, como fisioterapeutas e EE em Enfermagem de Reabilitação de forma a recorrer a terapias complementares como a fisioterapia e quiropraxia (OE, 2013) (competências **2.2; 2.4**).

Também as doenças crónicas, deficiências ou incapacidades podem ser muito stressantes e de difícil adaptação para as famílias (Magão, 2012; OE, 2010). Sendo certo que estas crianças e famílias estão expostas a inúmeras adversidades, a par da incerteza

e do medo, também a coragem, resiliência e esperança têm um papel primordial no seu dia-a-dia (Magão, 2012).

A promoção da esperança depende muito da relação terapêutica que o Enf. procura estabelecer com estas famílias (Magão, 2012; OE, 2011). Durante o estágio na CD e indo ao encontro de alguns autores, percebi que estar presente, ouvir, valorizar as pequenas coisas, elogiar, contar histórias de sucesso são pequenas estratégias com um enorme impacto nas famílias ao longo de todo o processo da doença e essenciais para a manutenção da esperança (Magão, 2012; OE, 2011).

Conseguir dar resposta às necessidades destas famílias deve ser uma preocupação central na nossa intervenção, reconhecendo o insubstituível papel dos pais, a importância da sua presença e respeitando as suas dúvidas e inseguranças. O EEESIP tem a enorme responsabilidade de os informar e formar ao longo de todo o processo de doença procurando empoderá-los, promovendo a parentalidade e capacitando-os para responder positivamente às necessidades especiais dos filhos, com o objetivo de promover o seu saudável crescimento e desenvolvimento (Magão, 2012).

Neste sentido, no estágio de CD defini como objetivo específico: **Procurar oportunidades para empoderar e promover a esperança junto das famílias de crianças e jovens com doença crónica no sentido da adoção de comportamentos potenciadores da saúde e segurança infantil** (competências **E2.3; E2.5**) tendo posteriormente realizado uma reflexão crítica sobre a minha experiência e a importância da intervenção do EEESIP no empoderamento parental na doença crónica (apêndice XXI). Afinal de contas, “enquanto há vida há esperança” (Magão, 2012, p.51).

Também no IP acompanhei crianças e adolescentes com doença crónica, neste caso Diabetes *Mellitus* tipo 1. O serviço em questão integra um hospital de dia onde é realizado um seguimento de crianças/jovens elegíveis para a colocação de bombas de perfusão subcutânea contínua de insulina. Uma vez que me foi dada a oportunidade de participar nestas consultas, fez-me sentido definir como objetivo específico neste contexto: **Prestar cuidados à criança/jovem em consulta de Diabetes *Mellitus* tipo 1-bombas, tendo por base os CCF** (competência **E2.5**). Esta experiência levou-me, posteriormente, à realização de um jornal de aprendizagem sobre os desafios da adaptação à doença crónica (Apêndice XXII).

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

Ao EEESIP é reconhecida a competência para avaliar o estado de saúde das crianças bem como o seu crescimento e desenvolvimento. O desenvolvimento infantil pode ser definido como o “processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento, através da infância até à idade adulta” (OE, 2010, p.101).

Ao contrário do que se pensava há algumas décadas atrás, hoje reconhece-se que “cuidar não é uma capacidade inata, é uma competência”(OE, 2010, p.92) que pressupõe a promoção do desenvolvimento infantil, permitindo que a criança se desenvolva de forma adequada à idade, respeitando sempre a sua unicidade, bem como os seus *timings* e ritmos, não esquecendo que existem vários fatores que podem contribuir positiva ou negativamente para o crescimento e desenvolvimento da criança, nomeadamente fatores biológicos, psicológicos, ambientais, hereditários e sociais (OE, 2010).

Desta forma, comecei por definir como objetivo específico nos CSP e CD **Aprofundar conhecimentos sobre a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil** (competência **E3.1**) tendo esta pesquisa inicial sido um contributo fundamental à minha intervenção ao longo de todo o percurso formativo.

É necessário reconhecer os pais/cuidadores como os principais promotores do desenvolvimento dos seus filhos (OE, 2010). Neste sentido, é fundamental que os mesmos percebam que “se por um lado o desenvolvimento é desejável, na medida em que está associado a ganhos e aquisição de competências, por outro, a criança vai estando sucessivamente exposta a mais e diferentes riscos, pela sua autonomia e pela sua curiosidade” (Antão et al., 2019, p.16). Os pais devem estar cientes desta realidade, procurando proteger os seus filhos, antecipando as situações de potencial risco.

Nesta linha de pensamento, o EEESIP tem em mãos um papel fundamental enquanto facilitador de informação e potenciador de mudanças. Recorrer aos cuidados antecipatórios é uma estratégia que contribui para que as famílias sejam capazes de atingir a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil. Devemos, em qualquer contexto, seja nas consultas de SIJ seja nos momentos de triagem, recorrer ao

boletim de SIJ e seguir as orientações do PNSIJ que apresentam os tópicos dos cuidados antecipatórios adequados a abordar em cada idade.

Por esta razão, foi importante definir como objetivo específico nos CSP, IP e UP **prestar cuidados antecipatórios às famílias, centrados nas suas necessidades, para a maximização do potencial de desenvolvimento da criança e do jovem** e na UCIN **prestar cuidados antecipatórios às famílias, centrados nas suas necessidades, para a maximização do potencial de desenvolvimento do RN** (competência **E3.1**). Foi essencial para a sua concretização uma observação contínua das práticas do EEESIP orientador dos estágios que permitiu orientar as minhas pesquisas, identificando as principais necessidades das famílias, bem como guiar a minha intervenção.

São várias as áreas de destaque que permitem uma intervenção global e fundamental do EEESIP adequada ao crescimento e desenvolvimento infantil. Podemos destacar a amamentação que tem não só valor nutritivo como imunológico e anti-infeccioso, e que é “uma garantia de crescimento e desenvolvimento equilibrado” (OE, 2010, p.79). Os RNPT passam por um período crítico ao neurodesenvolvimento e com inúmeras barreiras à vinculação (Aloysius et al., 2017), sendo a amamentação uma forma de promoção da vinculação entre o RN e os pais (OE, 2010).

De acordo com o *Neonatal Integrative Developmental Care Model*, um dos fatores mais importantes e com enorme impacto no desenvolvimento do RNPT é o envolvimento das famílias no cuidado, sendo primordial a promoção da vinculação. No entanto, o nascimento de um RNPT é muitas vezes inesperado, a família é forçosamente separada do RN nas primeiras horas de vida e inevitavelmente ocorre uma quebra ao vínculo inicial esperado entre pais e bebé (Altimier & Phillips, 2013).

Desta forma, considerei importante definir como objetivo específico da UCIN: **Promover a vinculação e o desenvolvimento infantil com base nos CCF** (competência **E3.1; E3.2**). Embora seja uma realidade na minha prática profissional, estagiar neste contexto e definir este objetivo permitiu-me focar neste aspeto tão importante do neurodesenvolvimento e continuar a desenvolver competências do EEESIP.

Nos CSP destaco a intervenção do EEESIP na articulação com outra Unidade de Saúde responsável por realizar convocatórias para a vacinação nas escolas. Estas são essenciais ao saudável crescimento e desenvolvimento infantil uma vez que conferem

imunização contra várias doenças infecciosas sendo desta forma primário o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (Despacho n.º 12434/2019, 2019; OE, 2010).

Destaco ainda, a avaliação do desenvolvimento infantil com recurso à escala de rastreio de *Mary Sheridan* Modificada, sendo esta um instrumento importante para avaliação do desenvolvimento que permite ajudar na identificação de atrasos no desenvolvimento (OE, 2010). Neste sentido, com recurso a esta escala e em conjunto com as *guidelines* do *Bright Futures*, planeei várias consultas de SIJ.

Transversal a todos os contextos foram os afetos e o brincar, essenciais ao cuidar em pediatria, constituindo uma oportunidade única de estabelecer uma relação terapêutica e contribuir para o desenvolvimento psicomotor, moral, ético e espiritual da criança (OE, 2010).

Uma fase crucial ao desenvolvimento infantil é a adolescência, definida pela OMS como o período entre a infância e a idade adulta, dos 10 aos 19 anos (WHO, s.d.). É uma etapa muito importante do desenvolvimento onde são moldadas as bases para aquisição de comportamentos de vida saudáveis, sendo que os hábitos e comportamentos de saúde adotados nesta fase da vida terão uma grande influência e impacto ao longo da mesma, pela sua tendência para se manterem (DGS, 2019; OE, 2010; WHO, s.d.). Neste sentido, a promoção de comportamentos saudáveis na adolescência é uma temática prioritária na intervenção do EEESIP (OE, 2010) e que me levou a definir com objetivo específico nos CSP e na UP: **prestar cuidados de enfermagem ao adolescente com vista à capacitação para a autogestão da sua condição de saúde-doença e promoção da sua saúde** (competência E3.4).

Tendo como orientação o MPS, procurei, aquando da minha intervenção junto do adolescente, perceber o que os motivava e quais as barreiras que os impediam de se envolverem em comportamentos promotores da saúde, optando muitas vezes por comportamentos de risco (condução de motociclos sem capacete, consumo de álcool antes da condução, viagens sem cinto de segurança, absentismo escolar, comportamentos sexuais desprotegidos, entre outros) e identificar problemas reais, determinantes para a adoção, ou não, de comportamentos saudáveis (Alligood, 2022; Aqtam & Darawwad, 2018).

A minha experiência profissional está muito centrada no RN pelo que, o contacto com o adolescente se tornou um grande desafio e também uma prioridade em resposta

aos meus objetivos pessoais. No IP, CSP e UP tive oportunidade de trabalhar com adolescentes e procurei estabelecer uma relação terapêutica facilitadora da comunicação e expressão de emoções, promovendo a sua autodeterminação e autoestima, tendo para isso, sido fundamental, a participação nas consultas da Diabetes, o planejamento de consultas de SIJ e também os momentos na triagem e sala de tratamentos essenciais para fornecer orientações antecipatórias e reforçar a importância de tomadas de decisão responsáveis, tendo por base o motivo de recorrência ao serviço de UP.

É uma verdade que os adolescentes recorrem pouco aos serviços de saúde, nomeadamente aos CSP, mas é errado pensarmos que por isso são mais saudáveis. A adolescência é um período crucial de confronto com comportamentos de risco (OE, 2010; Santi et al., 2023; Vinagre & Barros, 2019). Os problemas de saúde que resultam de comportamentos de risco, nomeadamente os acidentes, são muito preocupantes e a informação, embora essencial não é suficiente para mudar comportamentos (OE, 2010).

Centrando no exemplo dos acidentes, é fácil identificar que os comportamentos de risco se prendem com o excesso de velocidade, não cumprimento do código da estrada, o consumo de bebidas alcoólicas e a não utilização de capacetes em motociclistas (DGS, 2010). Se o adolescente acreditar que consegue mudar e sentir que tem controlo sobre as suas decisões, mais facilmente se consegue uma mudança de comportamento (OE, 2010). É importante conseguir fazer ver para além das barreiras, conseguir tornar os benefícios dos comportamentos saudáveis atrativos e exequíveis (Santi et al., 2023). Tem de existir motivação intrínseca uma vez que algo imposto mais dificilmente será mudado (OE, 2010).

No entanto, é recorrente os adolescentes expressarem sentimentos de desvalorização perante as suas opiniões referindo que são vistos como crianças (Vinagre & Barros, 2019). No entanto, e ao encontro do artigo 12.º da CDC, esta “tem o direito de exprimir livremente a sua opinião sobre questões que lhe digam respeito e de ver essa opinião tomada em consideração” (UNICEF, 2019, p.13).

Neste sentido, procurei ouvir a opinião dos adolescentes, numa abordagem participativa, no sentido da satisfação pessoal e autoeficácia percebida, que são fatores de extrema importância e determinantes na aplicação do MPS (Santi et al., 2023; Vinagre & Barros, 2019), uma vez que “o adolescente deve ser envolvido no processo de decisão, quando atingir um grau de compreensão e de inteligência para tal” (OE, 2010, p.19).

No estágio de CSP era dada a possibilidade de realizar a consulta em dois momentos diferentes, na presença dos pais e apenas com o adolescente, de forma a ser “reconhecida a sua autonomia e individualidade, estimulando a responsabilidade pela sua própria saúde” (OE, 2010, p.20). A abordagem durante a consulta tinha por base a imparcialidade e a evicção de qualquer juízo de valor (Santi et al., 2023).

Desta forma a qualidade da informação, as estratégias utilizadas para a sua transmissão bem como as competências comunicacionais do Enf. são essenciais no sucesso desta abordagem (DGS, 2019), uma vez que “o profissional de saúde, para além das competências clínicas, poderá, através de um bom processo comunicacional verbal e não-verbal, orientar e influenciar as decisões da pessoa, sobretudo nos casos de baixo nível de Literacia em Saúde” (DGS, 2019, p.29).

Neste sentido, uma comunicação eficaz irá facilitar uma mudança comportamental e melhor adesão e manutenção de determinado comportamento. Pelo contrário, dificuldades na comunicação podem afetar a adesão aos comportamentos promotores da saúde (DGS, 2019) (competências **E3.3; E3.4**).

Considerações Finais e Projetos Futuros

Com a elaboração do presente relatório procurei espelhar todo o meu percurso formativo, bem como a aquisição e desenvolvimento de competências do EEESIP e de mestre.

“A criança é razão de ser do mundo e, mais do que isso, representa o futuro do mesmo (...) a criança é um ser com necessidades inalienáveis, irredutíveis, e inquestionáveis e assegurá-las é, inequivocamente, a nossa missão” (Antão et al., 2019, p.16). Tendo em conta a sua vulnerabilidade, é da responsabilidade do EEESIP bem como dos pais/ cuidadores assegurar essas necessidades e garantir a sua segurança. O número de crianças, em todo o mundo, vítimas de acidentes, e as repercussões que representam no crescimento e desenvolvimento infantil tornam a prevenção de acidentes uma temática com enorme relevância e a segurança infantil um aspeto central na prática clínica. Torna-se desta forma preponderante e indispensável a intervenção do EEESIP enquanto facilitador de consciencialização e de informação promovendo a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança.

Neste sentido, é imprescindível, segundo Silva et al. (2017), investir na prevenção de acidentes através de três estratégias: melhoria da legislação; formação de profissionais de saúde; e educação da população. Sendo que, ao longo dos estágios, planeei e desenvolvi atividades específicas em concordância com estas três estratégias, investindo ativamente na melhoria das práticas relacionadas com a segurança infantil.

Sabemos que as especificidades dos RNPT, podem comprometer a sua segurança. Por esta razão, a AAP recomenda a realização do ICSC a todos os RNPT, embora a sua prática seja muito controversa pela falta de diretrizes específicas e uniformes para a sua realização. Neste sentido, foi de enorme importância e pertinência a realização de um projeto de melhoria contínua da qualidade, transversal a três serviços da instituição, com o objetivo de uniformizar e garantir a continuidade dos cuidados. A elaboração de um documento orientador da prática, o PS sobre o ICSC, contribuiu para a **melhoria da “legislação”** na medida em que constitui uma ferramenta aplicável num contexto específico da prática, mas com potencial para gerar resultados impulsionadores de mudança, no sentido de aumentar a segurança dos RNPT.

Prestar cuidados seguros implica uma parceria nos cuidados, mútua e benéfica entre a criança/jovem, família e profissional de saúde, no sentido de os informar sobre as

questões relacionadas com a sua saúde, estando envolvidos nas decisões sobre a mesma. Assim, compreende-se que a promoção da segurança comece pela **educação da população**, nomeadamente dos pais, aumentando os seus níveis de literacia. Neste âmbito de atuação, é indiscutível a intervenção do EEESIP, assente nos CCF, CNT e no empoderamento parental, contribuindo para a prevenção de acidentes e aconselhamento sobre segurança infantil.

A temática do transporte seguro em SRC é, segundo o PNPA, uma área de enorme importância, que deve ser abordada o mais precocemente possível e sempre que oportuno e necessário, e os acidentes e segurança fazem parte dos cuidados antecipatórios a abordar nas consultas de saúde infantil, sendo exigido ao EEESIP uma resposta adequada face às diferentes necessidades da criança/jovem ao longo do seu crescimento e desenvolvimento. Neste sentido, considero de enorme pertinência, as intervenções planeadas e realizadas junto das crianças/jovens e famílias, como os momentos de formação junto dos pais, cuidados antecipatórios, elaboração de folhetos, póster, entre outros, apoiando a minha intervenção no MPS, referencial teórico de referência em enfermagem e que se aplica ao longo da vida.

No entanto “a eficácia das respostas das famílias na adoção de comportamentos seguros depende, em grande parte, das competências dos profissionais na promoção da segurança” (DGS, 2012a, p.17). Uma estratégia para alcançar maiores níveis de literacia em saúde na população, passa por investir na **formação de profissionais de saúde**. As mudanças nas necessidades da população e o aumento da sua complexidade exigem do Enf.º uma aprendizagem contínua, sendo esta “um dever na atuação profissional do enfermeiro, que está diretamente relacionada à qualidade assistencial e segurança do paciente” (Ornellas & Monteiro, 2022, p.6). Desta forma, ser facilitador de aprendizagem e contribuir para a formação dos pares foi um dos meus focos de atuação ao longo deste percurso. É de facto premente garantir a prestação de cuidados consistentes, tornando-se essencial uma equipa de enfermagem detentora de conhecimentos específicos sobre o transporte seguro.

Outra forma de promoção da saúde junto de crianças e jovens, passa pela intervenção na **comunidade**, nomeadamente nas escolas (DGS, 2018). Esta é, hoje em dia, o espaço onde crianças/jovens passam grande parte do tempo e são fundamentais na educação para a saúde, nomeadamente na aquisição de conhecimentos sobre a

promoção da saúde e prevenção da doença, e na capacitação destas crianças no sentido de participarem nas questões relacionadas com a sua saúde. Por esta razão, aceitei um convite para realizar uma atividade sobre higienização das mãos em contexto escolar, junto de crianças de 3 anos, que será um projeto futuro enquanto EEESIP.

O meu percurso formativo motivou ainda o planeamento de um estudo de investigação sobre o ICSC, uma vez que contribuir para promoção do desenvolvimento infantil implica “continuar a aprofundar conhecimentos nesta área e a investir na formação académica (...) e em contexto de trabalho” (OE, 2010, p.99). Futuramente pretendo ainda apresentar o meu projeto junto de outros profissionais de saúde, tendo já recebido o convite para apresentar o PS e realizar formação sobre esta temática numa UCIN do País.

Desta forma, as oportunidades que surgiram contribuíram não só para a aquisição de competências comuns do EE e específicas do EEESIP mas também para a aquisição de competências de grau de mestre. A pesquisa científica efetuada, permitiu-me aprofundar conhecimentos na área da prematuridade e segurança do RNPT tendo os mesmos levado ao planeamento de um projeto de investigação, devendo o EEESIP este ser detentor de “competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”(Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018, p.4162).

Todas as famílias com quem me cruzei, todas as crianças e jovens, mas particularmente aquelas em situações de doença crónica, na fase da adolescência, em situações de especial complexidade, nomeadamente em contexto de UP, incentivaram a realização de um trabalho de pesquisa, tendo por base a melhor evidência científica, que me permitiu não só aprofundar conhecimentos como trabalhar a minha capacidade de compreensão, de resposta a situações particularmente complexas, assim como a procura de soluções para a resolução das mesmas, em situações que, muitas vezes, fugiram à minha prática diária e à minha zona de conforto (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018, p.4162), tendo estas servido de incentivo à realização de reflexões e jornais de aprendizagem.

Em suma, foi um percurso bastante exigente, física e emocionalmente, embora o trabalho realizado e os resultados obtidos tenham contribuído para um enorme sentimento de satisfação e “dever cumprido”.

Referências Bibliográficas

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). *Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências*. 3(14), 373–382.
- Alligood, M. R. (2022a). *Nursing Theorists and Their Work* (10.^a ed.). Elsevier.
- Alligood, M. R. (2022b). *Nursing Theorists and their work* (10^a). Elsevier.
- Almeida, F. D. A., Moraes, M. S. D., & Cunha, M. L. D. R. (2016). Taking care of the newborn dying and their families: Nurses' experiences of neonatal intensive care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(spe), 122–129. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300018>
- Almeida, F. N. A. dos S. (2004). *Ética em Pediatria. Uma Nova Dinâmica num Relacionamento Vital?*
- Aloysius, A., Kharusi, M., Winter, R., Platonos, K., Banerjee, J., & Deierl, A. (2017). Support for families beyond discharge from the NICU. *Journal of Neonatal Nursing*, 24(1), 55–60. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.11.013>
- 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>
- American Academy of Pediatrics, & American College of Obstetricians and Gynecologists (Eds.). (2017). *Guidelines for perinatal care* (Eighth edition). American Academy of Pediatrics; The American College of Obstetricians and Gynecologists.
- Amorim, M., Alves, E., Barros, H., & Silva, S. (2016). Necessidades e papéis parentais em cuidados intensivos neonatais: Revisão dos guias portugueses. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), 2583–2594. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.07292015>
- Antão, C., Caçador Anastácio, Z., & Anes, E. (2019). Promoção da Segurança na Criança. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(2), 15–24. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n2.v2.1734>
- APSI (Ed.). (2022). *Relatório de Avaliação 30 anos de Segurança Infantil em Portugal 2022*.
- Aqtam, I., & Darawwad, M. (2018). Health Promotion Model: An Integrative Literature Review. *Open Journal of Nursing*, 08(07), 485–503. <https://doi.org/10.4236/ojn.2018.87037>

- Arnett, M. A. (2022). *Infant Car Seat Safety Education and Confidence Measure for Maternal-Child Nursing Students*.
- Artigo 55º. Transporte de crianças em automóvel. Código da Estrada., Lei nº 72/2013, 48 (2022).
- Arya, R., Williams, G., Kilonback, A., Toward, M., Griffin, M., Blair, P. S., & Fleming, P. (2017). Is the infant car seat challenge useful? A pilot study in a simulated moving vehicle. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 102(2), F136–F141. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-310730>
- 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(2), 199–212. <https://doi.org/10.1007/s40271-018-0336-2>
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia Prático para a segurança do doente* (1ª edição). Lidel.
- Barroso, R. G., & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, 52-I, 211–229. https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-1_10
- Basto, M. L., Magão, M. T., Lopes, M. dos A. P., Rebelo, M. T., Teixeira, O., Costa, A. M., & Alves, M. G. (2012). *Cuidar em Enfermagem—Saberes da prática*. (1ª). FORMASAU - Formação e Saúde, Lda.
- Behr, J. H. (2024). *The High-Risk Newborn and Family* (12ª). Elsevier.
- Brás, A. M. R., Quitério, M. M. D. S. L., & Nunes, E. M. G. T. (2020). Nurse's interventions in preventing falls in hospitalized children: Scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 6), e20190409. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0409>
- Brás, A., Pratinha, C., Oliveira, S., Barbieri-Figueiredo, M., Ramos, M., & Guimarães, H. (2019). Car Seat Challenge Test in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 8(2), e080202. <https://doi.org/10.7363/080202>
- Braun, D., Kaempf, J. W., Ho, N. J., Nguyen, M. H., Passi, R., Burgos, A. E., Volodarskiy, M., Villosis, M. F. B., Gupta, M., Habeshian, T. S., Tam, H. K., Litam, K. B., Hong, Q. L., Dong, C. C., & Getahun, D. (2023). Discontinuation of Car Seat Tolerance Screening

- and Postdischarge Adverse Outcomes in Infants Born Preterm. *The Journal of Pediatrics*, 261(113577). <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2023.113577>
- Brehmer, L., Manoel, M., Canever, B., Ramos, F., Manfrini, G., & De Souza, A. (2022). Healthy work environments and nursing teaching-learning process: A scoping review. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 26(1). <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v26i1.204>
- Bull, M. J. (2020). Car Seat Tolerance Screening for Late Preterm Infants. *Pediatrics*, 145(1), e20193369. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3369>
- Bull, M. J., Engle, W. A., & The Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention and the Committee on Fetus and Newborn. (2009). Safe Transportation of Preterm and Low Birth Weight Infants at Hospital Discharge. *Pediatrics*, 123(5), 1424–1429. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0559>
- Callado, A. A. P. (2020). Trabalho Emocional En Enfermería Pediátrica. *Journal of Aging & Innovation*, 9(2), 18–29. <https://doi.org/10.36957/jai.2182-696X.v9i2-2>
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem* (2ª). Universidade Aberta.
- Código Deontológico, Lei n.º156/2015 (2015).
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida* (5ª). Lidel.
- Committee on Fetus and Newborn. (2008). Hospital Discharge of the High-Risk Neonate. *Pediatrics*, 122(5), 1119–1126. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2174>
- Costa, M., Costa, M., Lourenço, M., Caldeira, S., Nunes, E., & Charepe, Z. (2020). Procedimento do teste de apneia do RN pré-termo no sistema de retenção: Uma revisão scoping. *Cadernos de Saúde*, 101-102 Páginas. <https://doi.org/10.34632/CADERNOSDESAUDE.2020.10283>
- Davis, N. L., & Cheo, S. (2021). A National Survey of Car Seat Tolerance Screening Protocols in Neonatal Intensive Care Units. *Academic Pediatrics*, 21(1), 109–116. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.02.004>
- Davis, N. L., Hoffman, B. D., & Eichenwald, E. C. (2020). Variation in Car Seat Tolerance Screen Performance in Newborn Nurseries. *Pediatrics*, 146(2), e20193593. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3593>

- Davis, N. L., & Shah, N. (2018). Use of car beds for infant travel: A review of the literature. *Journal of Perinatology*, 38(10), 1287–1294. <https://doi.org/10.1038/s41372-018-0195-7>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. Graus académicos e diplomas do ensino superior, Decreto-Lei n.º 65/2018, n.º 157 1ª série (2018).
- Despacho n.º 12434/2019, N.º250, 2ª série (2019).
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica. Um processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. (2ª edição). Lusodidacta.
- Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: Um Modelo orientador da prática (2.ª versão revista)*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16091.31528>
- Diogo, P., & Mendonça, T. (2019). trabalho emocional em cuidados de saúde: Uma revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, 23(1).
- Direção Geral da Saúde. (2010). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016*.
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*.
- Direção Geral da Saúde. (2012a). *Promoção da Alta Segura. Programa Nacional da Prevenção de Acidentes. Direção Geral da Saúde, Lisboa*.
- Direção Geral da Saúde. (2012b). *Promoção da Alta Segura. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes*.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (010/2013)*.
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (001/2017)*.
<file:///E:/HSFX/Grupo%20seguran%C3%A7a%20do%20doente/Metodologia%20ISBAR/ISBAR.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2018). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021*.
- Direção Geral da Saúde. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde [dataset]*. Unpublished.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243>
- Direção Geral da Saúde. (2021). *Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários*. Instituto de apoio à criança.
- Direção Geral da Saúde. (2022a). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*.

file:///E:/Mestrado/2%C2%BA%20ano/Est%C3%A1gios/Urg%C3%A2ncia/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf..pdf

Direção Geral da Saúde. (2022b). *Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente* (017/2022).

Docherty, S. L., Barfield, R., & Brandon, D. (2017). Quality of Life for Children Living with Chronic or Complex Diseases. Em *Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (10ª edição, pp. 963–1018). Elsevier.

Durbin, D. R., Hoffman, B. D., Council on Injury, Violence, and Poison Prevention, Agran, P. F., Denny, S. A., Hirsh, M., Johnston, B., Lee, L. K., Monroe, K., Schaechter, J., Tenenbein, M., Zonfrillo, M. R., & Quinlan, K. (2018). Child Passenger Safety. *Pediatrics*, 142(5), e20182460. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2460>

European Association for Children in Hospital. (2016). *Anotações à Carta da Criança Hospitalizada*. Instituto de apoio à criança.

European Commission. (2022). *Road safety thematic report – Seat belt and child restraint systems*. European Road Safety Observatory.

Fernandes, A. R., Soares, P., Silva, G., Flor-de-Lima, F., Guedes, M. B., & Guimarães, H. (2022). Very low birth weight infants in a Portuguese Neonatal Intensive Care Unit: A comparative study with the Vermont Oxford Network. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 11(1), e110107. <https://doi.org/10.7363/110107>

First, L. (2019). Do Late Preterms Need a Car Seat Challenge? *American Academy of Pediatrics*.

First, L. (2020). Car Seat Challenges Might Be More of a Challenge for Some Hospitals Than You Might Expect. *American Academy of Pediatrics*.

Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Lusodidacta.

Freitas, A. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista PERCURSOS*, N.º15.

Guimarães, H., Guedes, B., Almeida, S., Rodrigues, M., Ramos, M., Maia, T., & Clemente, F. (2015). Parents in the Neonatal Intensive Care Unit of «Hospital de São João» (Porto, Portugal). *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 4(1), e040120. <https://doi.org/10.7363/040120>

- Harrison, W. N., Ritter, V. S., Flower, K. B., Seashore, C. J., & McLaurin-Jiang, S. (2022). The Association Between Routine Car Seat Screening and Subsequent Health Care Utilization. *Hospital Pediatrics*, 12(11), 913–922. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2021-006509>
- Hey, A. P., Tonocchii, R. D. C., Agudo, A. T., Garraza, T. D. S., Szczypior, D. M., & Massi, G. A. D. A. (2021). Percepções sobre a atuação do enfermeiro às pessoas no fim de vida. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 11, e21. <https://doi.org/10.5902/2179769243525>
- Hockenberry, M. J. (2024). *Perspectives of Pediatric Nursing* (12^a). Elsevier.
- Hoffman, B., & Vining, M. (2022). Continued Challenges of the Car Seat Tolerance Screen. *Hospital Pediatrics*, 12(11), e393–e395. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2022-006929>
- INEM, & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida. 1ª edição*.
- Instituto Nacional de Estatística, IP. (2023). *Estatísticas Demográficas—2022*.
- International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on advanced practice nursing 2020*.
- Jensen, E. A., Foglia, E. E., Dysart, K. C., Aghai, Z. H., Cook, A., Greenspan, J. S., & DeMauro, S. B. (2018). Car Seat Tolerance Screening in the Neonatal Intensive Care Unit: Failure Rates, Risk Factors, and Adverse Outcomes. *The Journal of Pediatrics*, 194, 60-66.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.11.010>
- Johnson, F. M. (2018). Choosing Your Philosophical Slat. *Nursing*. <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.74919>
- Karlsson, V., Blomqvist, Y. T., & Ågren, J. (2022). Nursing care of infants born extremely preterm. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 27(3), 101369. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2022.101369>
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2002). *El pensamiento enfermero*. MASSON, S.A.
- Laguna, T. F. D. S., Lemos, A. P. S., Ferreira, L., & Gonçalves, C. D. S. (2021). O luto perinatal e neonatal e a atuação da psicologia nesse contexto. *Research, Society and Development*, 10(6), e5210615347. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15347>
- Lake, E. T., Smith, J. G., Staiger, D. O., Hatfield, L. A., Cramer, E., Kalisch, B. J., & Rogowski, J. A. (2020). Parent Satisfaction With Care and Treatment Relates to Missed Nursing Care in Neonatal Intensive Care Units. *Frontiers in Pediatrics*, 8, 74. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00074>

- Leach, M. J., Nichols, S., Trenholm, S., & Jones, M. (2021). Health Literacy of Parents and Carers in a Regional Community: A Cross-Sectional Study. *Community Health Equity Research & Policy*, 43(3), 275–282. <https://doi.org/10.1177/0272684X211022572>
- Lei nº 72/2013, de 3 de Setembro. (2022). Código da Estrada. Legislação Consolidada. Artigo 55º, 1-85. (2022).
- Linebarger, J. S., Johnson, V., Boss, R. D., & THE SECTION ON HOSPICE AND PALLIATIVE MEDICINE. (2022). Guidance for Pediatric End-of-Life Care. *Pediatrics*, 149(5), e2022057011. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057011>
- Macedo, J. C., & Lopes, M. F. (2005). Contributo ético em Neonatologia—I. *Boletim do Hospital de São Marcos*, XXI(1), 43–47.
- Magão, M. T. (2012). *Práticas promotoras de esperança dos pais de crianças com doença crónica* (1ª). FORMASAU - Formação e Saúde, Lda.
- Magnarelli, A., Solanki, N. S., & Davis, N. L. (2020). Car Seat Tolerance Screening for Late-Preterm Infants. *Pediatrics*, 145(1), e20191703. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1703>
- McLaurin-Jiang, S., Hannon, E. A., Seashore, C., Orr, C. J., Ritter, V., & Flower, K. B. (2019). Recent Trends in Infant Car Seat Tolerance Screening Failure Within a Large Health Care System, 2014–2018. *Hospital Pediatrics*, 9(10), 813–817. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2019-0078>
- Menezes, R. A. (2011). Entre normas e práticas: Tomada de decisões no processo saúde/doença. *Physis Revista de Saúde Coletiva*.
- Ministério da Saúde. (2002). *Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários*.
- Ministério da Saúde. (2011). *SEMINÁRIO SOBRE A FUTILIDADE TERAPÊUTICA E O PAPEL DAS COMISSÕES DE ÉTICA PARA A SAÚDE*. Comissões de Ética para a Saúde. ARS Norte.
- Mintz-Binder, R. (2019). *The connection between nursing theory and practice*. <https://doi.org/DOI-10.1097/01.NME.0000549615.05397.55>
- Murdaugh, C. L., Parsons, M. A., & Pender, N. J. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice* (8ª). Pearson Education.
- Narvey, M. R. (2016). *Assessment of cardiorespiratory stability using the infant car seat challenge before discharge in preterm infants (<37 weeks' gestational age)*. 21(3).

- Nasser, S. N., Rodrigues, K., & Ivatiuk, A. L. (2020). *O Impacto da Morte em Profissionais da Saúde em Contexto Hospitalar*. 9(2). <https://doi.org/10.17648/2447-1798-revistapsicofae-v9n2-6>
- Nuffield Council on Bioethics. (2006). *Critical care decisions in fetal and neonatal medicine: Ethical issues*. Nuffield Council on Bioethics.
- O'Connor, E. (2007). Foundations in Nursing and Health Care: Beginning Reflective Practice. *AORN Journal*, 85(2), 429. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(07\)60057-X](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(07)60057-X)
- O'Connor, S., Brenner, M., & Coyne, I. (2019). *Family-centred care of children and young people in the acute hospital setting: A concept analysis*. *J Clin Nurs*. 28:3353–3367. <https://doi.org/DOI: 10.1111/jocn.14913>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Vol. III*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. (Ordem dos Enfermeiros).
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática—Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. (6; Série I).
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
- Ordem dos Enfermeiros, & International Council of Nurses. (2012). *Combater a desigualdade: Da evidência à ação*.
- Ornellas, T., & Monteiro, M. (2022). Lifelong learning entre profissionais de enfermagem: Desafios contemporâneos. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série(Nº2), e22055. <https://doi.org/10.12707/RVI22055>
- Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, N.º 07/2020 (2020).
- Peixoto, M.J., Pereira, R., Martins, A., Martins, T., & Barbieri, C. (2016). *Enfermagem baseada em evidência: Atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados*.

- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(11), 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>
- Perk, C.-J. V. D., Riet, L. V. D., Alsem, M., Goudoever, J. B. V., & Maaskant, J. (2022). Prognostic factors influencing parental empowerment after discharge of their hospitalized child: A cross-sectional study. *Journal of Pediatric Nursing*, 66, e145–e151. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.04.010>
- Perrin, J. M., Flanagan, P., Katkin, J., Barabell, G., Price, J., Committee on Child Health Financing, Chung, S. L., Galbraith, A. A., Giardino, A. P., Moskowitz, W., Pearlman, S. A., & Turchi, R. (2023). The Unique Value Proposition of Pediatric Health Care. *Pediatrics*, 151(2), e2022060681. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-060681>
- Pisco, L. (2000). Melhoria contínua da qualidade em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 16, 91–96.
- Profit, J., Sharek, P. J., Cui, X., Nisbet, C. C., Thomas, E. J., Tawfik, D. S., Lee, H. C., Draper, D., & Sexton, J. B. (2020). The Correlation Between Neonatal Intensive Care Unit Safety Culture and Quality of Care. *Journal of Patient Safety*, 16(4), e310–e316. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000546>
- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. do C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª edição). Lidel.
- Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, Regulamento n.º 76/2018, Diário da República, 2ª série 3478 (2018).
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. N.º 26 de 06-02-2019, 4744–4750. Diário da República, 2ª série.
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Diário da República, 2.ª série—N.º 133—12 de julho de 2018. Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento que define o ato do enfermeiro, Regulamento n.º 613/2022, Diário da República, 2ª série 179 (2022).
- Ribeiro, A., Barros, M., Pereira, I. A., Lírio, C., Pais, I. P., & Couto, M. L. (2019). Conhecimentos e práticas parentais sobre medidas preventivas de acidentes domésticos e de viação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 35(3), 186–195. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v35i3.12286>

- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). *O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem*. 27(2). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>
- Rocha, D. D., Nascimento, Ê. C., Raimundo, L. P., Damasceno, A. M. B., & Bondim, H. F. F. B. (2017). *Sentimentos vivenciados pelos profissionais de Enfermagem diante de morte em unidade de terapia intensiva neonatal*. 11(21), 546–560.
- Rodrigues, S. B., Parisod, H., Barros, L., & Salanterä, S. (2020). Two sides of the same well-child visit: Analysis of nurses' and families' perspectives on empowerment in health counselling. *Journal of Advanced Nursing*, 76(12), 3448–3463. <https://doi.org/10.1111/jan.14554>
- Rodrigues, S. P. L. B. (2022). *Empowerment counselling in nursing well-child visits for healthy family lifestyles*. Universidade de Lisboa.
- Santi, D. B., Nogueira, I. S., & Baldissera, V. D. A. (2023). *O Modelo de Nola Pender para a promoção da saúde do adolescente: Revisão integrativa*. REME - Rev Min Enferm. 27:e-1507. <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2023.40440>
- Santos, M. de A., & Gonçalves, J. R. (2019). O Envolvimento Emocional da Equipa de Enfermagem no Processo de Morte de Recém-Nascidos Internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN): Uma revisão integrativa de literatura. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 11(4).
- Sapeta, P. (2013). *Desenvolvimento de Competências: Os saberes teóricos e os saberes práticos*. <http://hdl.handle.net/10400.11/3079>
- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 3), 15–23. <https://doi.org/10.12707/RIII1019>
- Serviço Nacional de Saúde. (sem data). *Política de Saúde: Apostar nos cuidados com a saúde desde os primeiros anos de vida*. <https://www.sns.gov.pt/institucional/politica-de-saude/>
- Shah, M. D., Dookeran, K. A., & Khan, J. Y. (2017). Clinical Outcomes Associated with a Failed Infant Car Seat Challenge. *The Journal of Pediatrics*, 180, 130–134. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.09.072>

- Sharma, P., & Davis, N. L. (2018). Post-discharge outcomes of failed car seat tolerance screens: A case-control and follow-up study. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 11(3), 249–255. <https://doi.org/10.3233/NPM-1785>
- Silva, D. M. da. (2002). Correntes de Pensamento em Ciências de Enfermagem. *Millenium*, 26.
- Silva, S. P. da, Sampaio, J., Silva, C. T. da, & Braga, R. (2017). Segurança infantil dos 1 aos 5 anos – o que sabem os cuidadores? *Nascer e Crescer – Birth and Growth Medical Journal* 2017; 26(4): 221-6.
- Silva, L. J. (2010). Luto em Neonatologia. *Acta Pediátrica Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 41(6), 281–284.
- Siqueira Perboni, J., Zilli, F., & Oliveira, S. G. (2018). Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: Uma revisão integrativa. *Persona y Bioética*, 22(2), 288–302. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.7>
- Skitek-Adamczak, I., Ciepluch, N., & Kłosiewicz, T. (2022). The level of knowledge of healthcare professionals about child restraint systems. *Medical Research Journal*, 7(3), 203–207. <https://doi.org/10.5603/MRj.a2022.0036>
- Smith, W. (2018). Concept Analysis of Family-Centered Care of Hospitalized Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- Smola, C., Sorrentino, A., Shah, N., Nichols, M., & Monroe, K. (2020). Child passenger safety education in the emergency department: Teen driving, car seats, booster seats, and more. *Injury Epidemiology*, 7(S1), 26. <https://doi.org/10.1186/s40621-020-00250-5>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (sem data). *Manual para pais de bebés prematuros*.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). *Prematuridade Tardia*.
- Sriskandarajah, K., Nicholl, R., & Obayomi, J. (2022). 196 Car-seat challenge in infants discharged from NNU. *British Association of Perinatal Medicine and Neonatal Society*, A135.1-A135. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2022-rcpch.219>
- Sun, Y., Liu, T., Chen, J., Huang, J., Wang, X., Lu, M., Luo, Y., & Yang, X. (2023). Analysis of factors influencing the use of child restraint system by parents of children aged 0–

- 6 years: An information, motivation, behavioral skills model-based cross-sectional study. *BMC Pediatrics*, 23(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03827-9>
- Taha, S., Simpson, R. B., & Sharkey, D. (2023). The critical role of technologies in neonatal care. *Early Human Development*, 187, 105898. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2023.105898>
- Teixeira, C., Martins, G., Guiomar, J., Paraíso, M., & Guerra, M. (2023). Enfermagem e seus metaparadigmas. *Servir*, 2(1). <https://doi.org/10.48492/servir021e>
- Treviso, P., Peres, S. C., Silva, A. D. D., & Santos, A. A. D. (2017). Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. *Revista de Administração em Saúde*, 17(69). <https://doi.org/10.23973/ras.69.59>
- UNICEF. (2019). *Convenção sobre os direitos das crianças e protocolos facultativos* (Depósito Legal nº 462471/19). https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf
- Vilelas, J. M. D. S., & Diogo, P. M. J. (2014). Emotional labor in nursing praxis. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(3), 145–149. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.45784>
- Vinagre, M. D. G., & Barros, L. (2019). Preferências dos adolescentes sobre os cuidados de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5), 1627–1636. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04362019>
- World Health Organization. (sem data-a). *Adolescent health*. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- World Health Organization. (sem data-b). *Preterm and low birth weight infants*. <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/newborn-health/preterm-and-low-birth-weight>
- World Health Organization. (2019). *Survive and thrive: Transforming care for every small and sick newborn*.
- World Health Organization. (2020). *Standards for improving quality of care for small and sick newborns in health facilities*.
- World Health Organization. (2021a). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*.
- World Health Organization. (2021b). *Health Promotion Glossary of Terms 2021*.

World Health Organization. (2022). *Pocket book of primary health care for children and adolescents. Guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence.*

World Health Organization. (2023a). *Born too soon: Decade of action on preterm birth.*

World Health Organization. (2023b). *Preterm birth.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>