



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

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

Childhood Safety-Promoting Interventions in Nursing: Safe Transport

Apêndices e Anexos

Margarida Damásio Geada da Costa Seoane

**Lisboa
2024**

Índice de Apêndices e Anexos

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 de Formação: *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

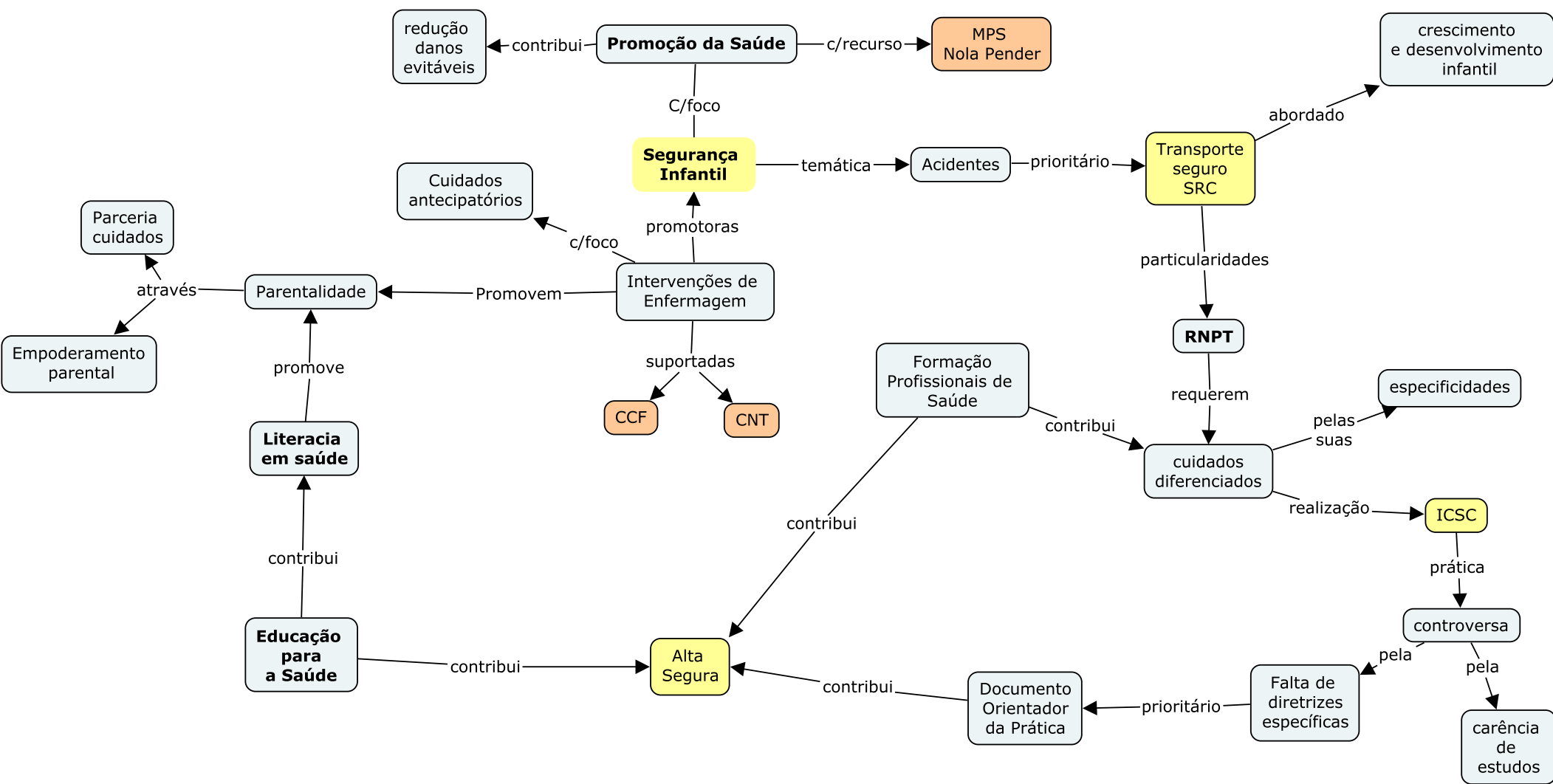
Anexo I – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

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

Apêndices

Apêndice I – Mapa conceptual



Apêndice II – Autodiagnóstico das necessidades de
aprendizagem

Desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem

Competência E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

Descritivo: considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado <1 >4
E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. E1.1.1 — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. E1.1.2 — Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. E1.1.3 — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar. E1.1.7 — Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados. E1.1.8 — Intervém em programas no âmbito da saúde escolar. E1.1.9 — Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais. E1.1.10 — Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.	A minha prática profissional, numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, permite-me uma intervenção dirigida aos pais, conseguindo estabelecer uma boa comunicação com os mesmos, procurando sempre oportunidades de proporcionar conhecimentos e aprendizagem de habilidades especializadas, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença trabalhando com eles no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. No entanto, no que toca à intervenção junto da criança/jovem esta é uma competência muito pouco desenvolvida e que procurarei desenvolver ao longo dos estágios. Ao longo do meu percurso profissional, nunca participei em programas no âmbito da saúde escolar. Outro aspeto que preciso de desenvolver é o estabelecimento de redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família e o trabalho em parceria com agentes da comunidade	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ <u>2</u> _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ <u>2</u> _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ <u>2</u> _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ <u>2</u> _____ 3 _____ 4 Observações:

E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. E1.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas. E1.2.2 — Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais. E1.2.3 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico. E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco). E1.2.5 — Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção. E1.2.6 — Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos. E1.2.7 — Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde. E1.2.8 — Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.	Considero que seja igualmente uma unidade de competência a desenvolver durante os estágios. Apresento conhecimentos sobre doenças comuns e implemento respostas de enfermagem apropriadas, no entanto, apenas relacionado com os recém-nascidos. Ao longo do meu percurso profissional tive muito pouco contacto com situações de risco, como maus-tratos ou negligência e, por estar razão, sinto necessidade de desenvolver esta competência, nomeadamente identificação de situações de risco, sensibilização dos pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência e assistir a criança/jovem em situações de maus tratos, abuso e negligência. Trabalho em parceria com os pais, no sentido de facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança dos seus filhos mas não o faço com as crianças/jovens uma vez que não tenho contacto com crianças de outras faixas etárias para além de recém-nascidos.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:
---	---	--

Competência E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

Descritivo - Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido
E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados. E2.1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória. E2.1.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico. E2.1.3 — Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da "dignificação da morte" e dos processos de luto.	Considero ter esta unidade de competência desenvolvida. Lido diariamente com situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e considero prestar cuidados de enfermagem adequados e em resposta às necessidades dos recém-nascidos e família.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3_____4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_____3_____4 Experiência de mobilização em situação clínica 1_____2_____3_____4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1_____2_____3_____4 Observações:
E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. E2.2.1 — Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem. E2.2.2 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. E2.2.3 — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.	Considero ter esta unidade de competência desenvolvida face às necessidades da população com quem trabalho. Faço diariamente avaliação e gestão da dor nos recém-nascidos, nomeadamente gestão de terapias farmacológicas e não	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3_____4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_____3_____4 Experiência de mobilização em situação clínica 1_____2_____3_____4

	farmacológicas. No entanto, esta é uma competência a desenvolver, noutros contextos, junto de crianças e jovens.	Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:
E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados. E2.3.1 — Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas. E2.3.2 — Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.	Pontualmente tenho contacto com doenças raras na minha prática profissional, no entanto, acredito que o estágio em contexto do centro de desenvolvimento infantil me permitirá conhecer outras realidades e intervir junto de crianças/jovens com doenças raras, e me permitirá desenvolver esta competência.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:
E2.4 — Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. E2.4.1 — Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem. E2.4.2 — Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/ jovem. E2.4.3 — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar	Na Unidade onde desempenho funções realizo a articulação com outros profissionais de saúde, nomeadamente fisioterapeutas e Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação procurando recorrer a terapias complementares como a fisioterapia e quiropraxia, reconhecidas pela OE, promovendo o conforto e bem-estar e prestando cuidados promotores da majoração dos ganhos em	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4

	saúde. Desta forma, desenvolvo diariamente esta competência.	Observações:
E2.5 — Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. E2.5.1 — Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem. E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação. E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada. E2.5.4 — Adequa o suporte familiar e comunitário. E2.5.5 — Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança. E2.5.6 — Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.	Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais onde trabalho, tenho, por vezes, contacto com situações de doença crónica. Não apresento, no entanto, experiência em situações de doença oncológica e deficiência/incapacidade nem com crianças em idade escolar nem com adolescentes pelo que considero ser uma Unidade de competência onde preciso de investir ao longo dos vários contextos.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:

E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Descritivo - Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado
E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.	Apresento conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil do recém-nascido, no entanto, é uma Unidade de competência que preciso de desenvolver noutros contextos e com crianças em diversas etapas de desenvolvimento.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Observações:
E3.2 — Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais. E3.2.1 — Avalia o desenvolvimento da parentalidade. E3.2.2 — Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo. E3.2.3 — Utiliza estratégias promotoras de esperança realista. E3.2.4 — Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN.	Considero que é uma das unidades de competência que mais tenho desenvolvido ao longo do meu percurso profissional. Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, trabalho diariamente com recém-nascidos com necessidades especiais e	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

E3.2.5 — Promove a amamentação. E3.2.6 — Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN. E3.2.7 — Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.	onde considero essencial trabalhar em parceria com os pais, avaliando as suas necessidades e promovendo a vinculação e amamentação.	Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1_____2_____3_____4 Observações:
E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. E3.3.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. E3.3.2 — Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. E3.3.3 — Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.	Sinto necessidade de trabalhar esta unidade de competência noutro contexto e com crianças de outras várias faixas etárias bem como as suas famílias.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3_____4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_____3_____4 Experiência de mobilização em situação clínica 1_____2_____3_____4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1_____2_____3_____4 Observações:

E3.4 — Promove a autoestima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde. E3.4.1 — Facilita a comunicação expressiva de emoções. E3.4.2 — Reforça a imagem corporal positiva se necessário. E3.4.3 — Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis. E3.4.4 — Reforça a tomada de decisão responsável. E3.4.5 — Negoceia contrato de saúde com o adolescente.	Não tenho qualquer experiência de trabalho com adolescentes e por esta razão é uma unidade de competência que procurarei desenvolver durante o ensino clínico.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 2 3 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 2 3 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 2 3 4 Observações:
--	---	--

Notas Finais

Estudante _____

Apêndice III– Objetivos, atividades e competências a desenvolver

Objetivos, Atividades e Competências a Desenvolver

Contexto: Cuidados de Saúde Primários

Objetivo geral

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.

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores de avaliação
1.1 Analisar as práticas de cuidados do EEESIP na dinâmica do serviço e o seu contributo para a melhoria da qualidade de cuidados - A1.1, A2.1, A2.2, B3.1, B3.2 (Regulamento n.º 140/2019); E3.1 (Regulamento n.º 422/2018).	- Observação das dinâmicas do serviço; - Realização de entrevistas ao Enfermeiro orientador e Enfermeiro chefe no sentido de conhecer a população abrangida, e outras particularidades do serviço; - Observação do Enfermeiro Orientador durante a prestação de cuidados;	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência;	- Documento de apresentação dos diferentes contextos de ensino clínico; - Relatório de estágio.

	- Integração nas equipas multidisciplinares com observação e colaboração ativa nas intervenções realizadas; - Consulta de procedimentos, normas, manuais e políticas do serviço.	enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
1.2 Prestar cuidados antecipatórios às famílias, centrados nas suas necessidades, para a maximização do potencial de desenvolvimento da criança e do jovem – E3.1 (Regulamento n.º 422/2018).	- Identificação das principais necessidades de aprendizagem das famílias; - Consulta de procedimentos, manual de acolhimento, normas e procedimentos; - Participação em consultas de Saúde Infantil;	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço;	- Documento: planeamento de consultas de Saúde Infantil e Juvenil, tendo por base o PNSIJ e as orientações do <i>Bright Futures</i>, focando os cuidados antecipatórios essenciais ao desenvolvimento infantil; - Relatório de estágio.

	- Planeamento de consultas de Saúde Infantil.	- Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
1.3 Prestar cuidados de Enfermagem com vista ao bem-estar da criança/jovem através do controlo e gestão diferenciada da dor – E2.2 (Regulamento n.º 422/2018).	- Observação do Enfermeiro Orientador durante a prestação de cuidados; - Consulta de procedimentos, manual de acolhimento, normas e procedimentos;	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u>	- Relatório de estágio.

	- Recolha de material bibliográfico (evidência científica).	- Documentação do serviço; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
1.4 Aprofundar conhecimentos sobre a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil – E3.1, E3.3 (Regulamento n.º 422/2018).	- Consulta dos instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil utilizados em contexto de CSP;	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador;	- Documento: planeamento de consultas de Saúde Infantil, tendo por base o PNSIJ e as orientações do <i>Bright Futures</i>;

	- Consulta de políticas, manual de acolhimento, normas de atuação e procedimentos; - Recolha de material bibliográfico (evidência científica); - Participação na prestação de cuidados à criança, jovem e família no âmbito das consultas de Saúde Infantil; - Recolha de informação sobre a referenciação multidisciplinar da criança e família; - Elaboração de um jornal de aprendizagem.	- Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	- Jornal de aprendizagem sobre a Intervenção do EEESIP junto do adolescente em contexto de CSP; - Relatório de estágio.
--	--	--	--

1.5 Prestar cuidados de enfermagem ao adolescente com vista à capacitação para a autogestão da sua condição de saúde doença e promoção da sua saúde – E3.1, E3.3, E3.4 (Regulamento n.º 422/2018).	- Identificação das principais necessidades do adolescente; - Participação numa consulta de saúde infantil do adolescente procurando desenvolver técnicas de comunicação e promoção da autoestima e autodeterminação do mesmo; - Observação da intervenção da equipa multidisciplinar no que se refere a estratégias mobilizadas para a capacitação do adolescente e família para a autogestão da sua condição; - Elaboração de um jornal de aprendizagem.	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e	- Jornal de aprendizagem sobre a Intervenção do EEESIP junto do adolescente em contexto de CSP; - Planeamento de uma consulta do adolescente, tendo por base o PNSIJ e as orientações do <i>Bright Futures</i>; - Relatório de estágio.
--	---	--	---

		pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
1.6 Prestar cuidados à criança/jovem e família em parceria com a comunidade com foco na promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento E1.1, E1.2 (Regulamento n.º 422/2018).	- Observação das dinâmicas do serviço; - Participação numa situação de trabalho em parceria com agentes da comunidade; - Consulta de protocolos; - Recolha de informação sobre programas no âmbito da saúde escolar; - Elaboração de um jornal de aprendizagem.	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes;	- Jornal de aprendizagem sobre a Intervenção do EEESIP junto do adolescente em contexto de CSP; - Relatório de estágio.

		- Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
Objetivo geral			
2. Desenvolver competências relacionadas com a intervenção do EEESIP na área da segurança infantil.			
Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores de avaliação
2.1. Avaliar conhecimentos e comportamentos da família relativos à segurança infantil, com foco no transporte seguro – E1.1, E1.2 (Regulamento n.º 422/2018).	- Realização de entrevistas aos pais e equipa de saúde; - Identificação das principais dúvidas e receios apresentadas pelos pais relacionados com a colocação e transporte do recém-nascido nos SRC; - Observação do comportamento dos pais na utilização dos SRC;	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência;	- Folheto informativo: Transporte Seguro; - Póster: Transporte Seguro; - Artigo para o jornal da USF, sobre transporte seguro; - Relatório de estágio.

	- Observação e identificação de estratégias mobilizadas pelos enfermeiros na abordagem aos pais.	enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
2.2 Promover a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na família no sentido da adoção de comportamentos potenciadores da saúde, relacionados com a prevenção de acidentes rodoviários e o transporte seguro – E1.1, E1.2, E3.1, E3.3 (Regulamento n.º 422/2018).	- Realização de educação para a saúde aos pais sobre a correta colocação dos bebés nos SRC; - Sensibilização da equipa de Enfermagem para a importância da temática e	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u>	- Folheto informativo: Transporte Seguro; - Póster: Transporte Seguro; - Artigo para o jornal da USF, sobre transporte seguro; - Relatório de estágio.

	procurar conhecer a população alvo e as principais necessidades de aprendizagem.	- Documentação do serviço; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas; - Gabinete/sala.	
--	--	--	--

Contexto: Consulta de Desenvolvimento**Objetivo geral**

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.

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores de avaliação
1.1 Analisar as práticas de cuidados do EEESIP na dinâmica do serviço e o seu contributo para a melhoria da qualidade de cuidados - A1.1, A2.1, A2.2, B3.1, B3.2 (Regulamento nº 140/2019); E2.3, E2.5, E3.1 (Regulamento n.º 422/2018).	- Observação das dinâmicas do serviço; - Realização de entrevistas ao Enfermeiro orientador e Enfermeiro chefe no sentido de conhecer a população abrangida, e outras particularidades do serviço; - Observação do Enfermeiro Orientador durante a prestação de cuidados; - Integração nas equipas multidisciplinares com	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência; enquadramento legal e ético da profissão e	- Documento de apresentação dos diferentes contextos de ensino clínico; - Relatório de estágio.

	observação e colaboração ativa nas intervenções realizadas; - Consulta de procedimentos, normas, manuais e políticas do serviço.	políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
1.2. Aprofundar conhecimentos sobre a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil – E2.3, E2.5, E3.1, E3.3 (Regulamento n.º 422/2018).	- Consulta dos instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil utilizados em contexto de consulta de saúde primária; - Consulta de políticas, manual de acolhimento, normas de atuação e procedimentos; - Recolha de material bibliográfico (evidência científica);	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência:	- Relatório de estágio.

	- Participação na prestação de cuidados à criança, jovem e família no âmbito das consultas de Saúde Infantil; - Recolha de informação sobre a referenciação multidisciplinar da criança e família; - Elaboração de um jornal de aprendizagem.	enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
1.3. Prestar cuidados de enfermagem à criança/jovem e família nas diferentes situações de saúde/doença com vista ao restabelecimento da sua saúde – E2.3, E2.5, E3.1 (Regulamento n.º 422/2018).	- Identificação das principais necessidades de aprendizagem das famílias; - Consulta de procedimentos, normas e políticas; - Participação numa consulta de Desenvolvimento Infantil;	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço;	- Relatório de estágio.

	- Observação do Enfermeiro Orientador durante a prestação de cuidados; - Integração nas equipas multidisciplinares com observação e colaboração ativa nas intervenções realizadas.	- Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
1.4. Prestar cuidados de Enfermagem com vista ao bem-estar da criança/jovem através do controlo e gestão diferenciada da dor – E2.2 (Regulamento n.º 422/2018).	- Observação do Enfermeiro Orientador durante a prestação de cuidados; - Consulta de procedimentos, manual de acolhimento, normas e procedimentos;	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u>	- Relatório de estágio.

- Recolha de material bibliográfico (evidência científica).

- Documentação do serviço;
- Bibliografia de referência:
enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes;
- Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.

Objetivo geral

2. Desenvolver competências relacionadas com a intervenção do EEESIP na área da segurança infantil.

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores de avaliação
2.1 Avaliar conhecimentos e comportamentos da família relativos à segurança infantil, com foco no transporte seguro – E1.1, E1.2, E3.1 (Regulamento n.º 422/2018).	- Realização de entrevistas aos pais e equipa de saúde; - Observação do comportamento dos pais; - Observação e identificação de estratégias mobilizadas pelos enfermeiros na abordagem aos pais.	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes;	- Relatório de estágio.

		- Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
2.2 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 – E2.3, E2.5 (Regulamento n.º 422/2018).	- Observação do Enfermeiro Orientador durante a prestação de cuidados; - Consulta de procedimentos, manual de acolhimento, normas e procedimentos; - Recolha de material bibliográfico (evidência científica) - Sensibilização da equipa de Enfermagem para a importância da temática;	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e	- Reflexão crítica sobre o empoderamento parental na doença crónica; - Relatório de estágio.

	- Identificação das principais necessidades da população	políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas; - Gabinete/sala.	
2.3 Promover a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na família no sentido da adoção de comportamentos potenciadores da saúde, relacionados com a prevenção de acidentes rodoviários e o transporte seguro – E1.1, E1.2, E3.1, E3.3 (Regulamento n.º 422/2018).	- Realização de educação para a saúde aos pais sobre a correta colocação dos bebés nos SRC; - Sensibilização da equipa de Enfermagem para a importância da temática e procurar conhecer a população alvo e as principais necessidades de aprendizagem.	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço;	- Relatório de estágio.

		- Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas; - Gabinete/sala.	
--	--	---	--

Contexto: Unidade de Neonatologia**Objetivo geral**

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.

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores de avaliação
1.1 Analisar as práticas de cuidados do EEESIP na dinâmica do serviço e o seu contributo para a melhoria da qualidade de cuidados - A1.1, A2.1, A2.2, B3.1, B3.2 (Regulamento nº 140/2019), E2.3, E2.5, E3.1 (Regulamento n.º 422/2018).	- Observação das dinâmicas do serviço; - Realização de entrevistas ao Enfermeiro orientador e Enfermeiro chefe no sentido de conhecer a população abrangida, e outras particularidades do serviço; - Observação do Enfermeiro Orientador durante a prestação de cuidados; - Integração nas equipas multidisciplinares com	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência; enquadramento legal e ético da	- Documento de apresentação dos diferentes contextos de ensino clínico; - Plano de cuidados; - Relatório de estágio.

	observação e colaboração ativa nas intervenções realizadas; - Consulta de procedimentos, normas, manuais e políticas do serviço.	profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
1.2 Prestar cuidados antecipatórios às famílias, centrados nas suas necessidades, para a maximização do potencial de desenvolvimento do RN – E3.1 (Regulamento n.º 422/2018).	- Identificação das principais necessidades de aprendizagem das famílias; - Consulta de procedimentos, normas e políticas;	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u>	- Relatório de estágio.

		- Documentação do serviço; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
--	--	---	--

1.3 Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN de risco e à sua família – E2.1, E2.3, E2.4 (Regulamento n.º 422/2018).	- Avaliação física do RN; - Promoção da relação terapêutica com a família, através de uma comunicação eficaz; - Promoção da parentalidade; - Assistência à família nos processos de luto.	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes;	- Plano de cuidados; - Procedimento Setorial: <i>Infant Car Seat Challenge</i> (ICSC); - Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; - Relatório de estágio.
---	--	---	---

		- Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
1.4. Prestar cuidados de Enfermagem com vista ao bem-estar do RN através do controlo e gestão diferenciada da dor – E2.2 (Regulamento n.º 422/2018).	- Observação do Enfermeiro Orientador durante a prestação de cuidados; - Consulta de procedimentos, manual de acolhimento, normas e procedimentos; - Recolha de material bibliográfico (evidência científica)	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência: enquadramento	- Relatório de estágio.

		legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
1.5. Promover a vinculação e o desenvolvimento infantil com base nos CCF – E3.1, E3.2 (Regulamento n.º 422/2018).	- Intervenção baseada na filosofia dos CCF; - Avaliação completa das características do RN e da sua família; - Promoção da relação terapêutica com a família,	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área <u>Recursos materiais:</u>	- Plano de cuidados; - Relatório de estágio.

	através de uma comunicação eficaz; - Promoção da parentalidade; - Assistência à família nos processos de luto.	- Documentação do serviço; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas	
1.6. Ser facilitador de aprendizagem, em contexto de Neonatologia, com foco na segurança infantil – D2.1, D2.2, D2.3 (Regulamento nº 140/2019).	- Realização de entrevistas ao Enfermeiro orientador, Enfermeiro chefe e grupo da qualidade e segurança do	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe;	- Documento de apresentação sobre identificação inequívoca; - Documento de apresentação sobre ICSC;

	doente do serviço de Neonatologia, no sentido de identificar as principais necessidades da equipa de enfermagem; - Realização de uma sessão formativa sobre identificação inequívoca à equipa de enfermagem.	- Enfermeiro orientador; - Grupo da qualidade e segurança do serviço de Neonatologia; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação,	- Relatório de estágio.
--	--	---	--------------------------------

		computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas; - Gabinete/ sala.	
Objetivo geral			
2. Desenvolver competências relacionadas com a intervenção do EEESIP na área da segurança infantil.			
Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores de avaliação
2.1 Avaliar conhecimentos e comportamentos da família relativos à segurança infantil, com foco no transporte seguro – E1.1, E1.2 (Regulamento n.º 422/2018).	- Realização de entrevistas aos pais e equipa de saúde; - Identificação das principais dúvidas e receios apresentadas pelos pais relacionados com a colocação e transporte do recém-nascido nos SRC; - Observação do comportamento dos pais na utilização dos SRC;	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço;	- Relatório de estágio.

	- Observação e identificação de estratégias mobilizadas pelos enfermeiros na abordagem aos pais.	- Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
2.2 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	- Acompanhamento do EEESCJ na prestação de cuidados e posteriormente participação na prestação de cuidados ao recém-nascido e família;	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe;	- Procedimento Setorial: ICSC; - Relatório de estágio.

rodoviários e o transporte seguro – E1.1, E1.2, E3.1, E3.3 (Regulamento n.º 422/2018).	- Consulta de procedimentos, normas e políticas; - Elaboração de uma Procedimento Setorial sobre o <i>Infant Car Seat Challenge</i>; - Realização de educação para a saúde aos pais sobre a correta colocação dos bebés nos SRC; - Sensibilização da equipa de Enfermagem para a importância da temática e procurar conhecer a população alvo e as principais necessidades de aprendizagem.	- Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases	
--	--	--	--

		de dados eletrônicas; - Gabinete/sala.	
2.3 Adquirir e aprofundar conhecimentos relacionados com o <i>Infant Car Seat Challenge</i> – D2.1, D2.2, D2.3 (Regulamento nº 140/2019); E1.2 (Regulamento n.º 422/2018).	- Recolha de material bibliográfico (evidência científica) - Discussão do tema com a Enfermeira orientadora; - Apresentação da problemática em estudo à equipa multidisciplinar; - Elaboração de um Procedimento Setorial sobre o <i>Infant Car Seat Challenge</i>; - Realização de uma sessão formativa sobre <i>Infant Car Seat Challenge</i> à equipa de enfermagem.	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas	- Procedimento Setorial: ICSC; - Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; - Relatório de estágio; - Documento de apresentação do ICSC.

		de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas; - Gabinete/sala	
2.4 Desenvolver um projeto institucional na área da qualidade e segurança infantil – B1.1, B1.2, B2.1, B2.2 (Regulamento nº 140/2019).	- Realização de entrevistas ao Enfermeiro orientador e Enfermeiro chefe no sentido de identificar as principais necessidades do serviço; - Realização de uma reunião com o grupo da qualidade e segurança do serviço de Neonatologia no sentido de	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Grupo da qualidade e segurança do	- Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; - Procedimento Setorial: ICSC; - Relatório de estágio.

	planejar o projeto de melhoria da qualidade; - Elaboração de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade.	serviço de Neonatologia; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas;	
--	--	---	--

Contexto: Internamento de Pediatria**Objetivo geral**

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.

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores de avaliação
1.1 Analisar as práticas de cuidados do EEESIP na dinâmica do serviço e o seu contributo para a melhoria da qualidade de cuidados - A1.1, A2.1, A2.2, B3.1, B3.2 (Regulamento nº 140/2019), E2.5, E3.1 (Regulamento n.º 422/2018).	- Observação das dinâmicas do serviço; - Realização de entrevistas ao Enfermeiro orientador e Enfermeiro chefe no sentido de conhecer a população abrangida, e outras particularidades do serviço; - Observação do Enfermeiro Orientador durante a prestação de cuidados; - Integração nas equipas multidisciplinares com observação e colaboração	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência; - enquadramento legal e ético da	- Documento de apresentação dos diferentes contextos de ensino clínico; - Plano de cuidados; - Relatório de estágio.

	ativa nas intervenções realizadas; - Consulta de procedimentos, normas, manuais e políticas do serviço.	profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
1.2. Prestar cuidados antecipatórios às famílias, centrados nas suas necessidades, para a maximização do potencial de desenvolvimento da criança e do jovem – E3.1 (Regulamento n.º 422/2018).	- Identificação das principais necessidades de aprendizagem das famílias; - Consulta de procedimentos, manual de acolhimento, normas e procedimentos; - Participação em consultas de Saúde Infantil;	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u>	- Relatório de estágio.

	- Planeamento de consultas de Saúde Infantil.	- Documentação do serviço; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
--	---	---	--

1.3 Prestar cuidados à criança/jovem em consulta de <i>Diabetes Mellitus</i> tipo 1- bombas, tendo por base os CCF – E2.5, E3.3, E3.4 (Regulamento n.º 422/2018).	- Observação das dinâmicas do serviço; - Participação na consulta de Diabetes – bombas; - Realização de entrevistas ao Enfermeiro orientador no sentido de conhecer a população abrangida, e outras particularidades da consulta; - Observação do Enfermeiro Orientador durante a prestação de cuidados; - Consulta de procedimentos, normas, manuais e políticas do serviço. - Recolha de material bibliográfico (evidência científica)	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes;	- Jornal de aprendizagem sobre os desafios na adaptação à doença crónica; - Relatório de estágio.
---	---	--	--

	- Discussão do tema com a Enfermeira orientadora; - Promoção da relação terapêutica com a criança/jovem e família, através de uma comunicação eficaz.	- Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
1.4. Prestar cuidados de Enfermagem com vista ao bem-estar da criança/jovem através do controlo e gestão diferenciada da dor – E2.2 (Regulamento n.º 422/2018).	- Observação do Enfermeiro Orientador durante a prestação de cuidados; - Consulta de procedimentos, manual de acolhimento, normas e procedimentos; - Recolha de material bibliográfico (evidência científica)	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência:	- Relatório de estágio.

		enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
Objetivo geral 2. Desenvolver competências relacionadas com a intervenção do EEESIP na área da segurança infantil.			
Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores de avaliação
2.1. Avaliar conhecimentos e comportamentos da família relativos à segurança infantil, com foco no transporte seguro – E1.1, E1.2 (Regulamento n.º 422/2018).	- Realização de entrevistas aos pais e equipa de saúde; - Identificação das principais dúvidas e receios apresentadas pelos pais	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe;	- Relatório de estágio.

	relacionados com a colocação e transporte do recém-nascido nos SRC; - Observação do comportamento dos pais na utilização dos SRC; - Observação e identificação de estratégias mobilizadas pelos enfermeiros na abordagem aos pais.	- Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases	
--	---	--	--

		de dados eletrônicas.	
2.2. Desenvolver um projeto institucional na área da qualidade e segurança infantil – B1.1, B1.2, B2.1, B2.2 (Regulamento nº 140/2019).	- Realização de entrevistas ao Enfermeiro orientador e Enfermeiro chefe no sentido de identificar as principais necessidades do serviço; - Realização de uma reunião com o grupo da qualidade e segurança do serviço de Neonatologia no sentido de planejar o projeto de melhoria da qualidade; - Elaboração de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade.	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Grupo da qualidade e segurança do serviço de Neonatologia; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da	- Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; - Procedimento Setorial: ICSC; - Relatório de estágio.

		profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas;	
2.3. 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 – E1.1, E1.2, E3.1, E3.3 (Regulamento n.º 422/2018).	- Acompanhamento do EEESCJ na prestação de cuidados e posteriormente participação na prestação de cuidados ao recém-nascido e família; - Consulta de procedimentos, normas e políticas;	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u>	- Procedimento Setorial: ICSC; - Documento orientador da formação aos pais: Transporte seguro; - Relatório de estágio.

	- Elaboração de um Procedimento Setorial sobre o <i>Infant Car Seat Challenge</i>; - Realização de educação para a saúde aos pais sobre o ICSC e a correta colocação dos RN nos SRC; - Sensibilização da equipa de Enfermagem para a importância da temática e procurar conhecer a população alvo e as principais necessidades de aprendizagem.	- Documentação do serviço; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas; - Gabinete/sala.	
--	---	---	--

Contexto: Urgência Pediátrica**Objetivo geral**

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.

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Meios de avaliação
1.1 Analisar as práticas de cuidados do EEESIP na dinâmica do serviço e o seu contributo para a melhoria da qualidade de cuidados - A1.1, A2.1, A2.2, B3.1, B3.2 (Regulamento nº 140/2019), E3.1 (Regulamento n.º 422/2018).	- Observação das dinâmicas do serviço; - Realização de entrevistas ao Enfermeiro orientador e Enfermeiro chefe no sentido de conhecer a população abrangida, e outras particularidades do serviço; - Observação do Enfermeiro Orientador durante a prestação de cuidados; - Integração nas equipas multidisciplinares com	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas	- Documento de apresentação dos diferentes contextos de ensino clínico; - Plano de cuidados; - Relatório de estágio.

	observação e colaboração ativa nas intervenções realizadas; - Consulta de procedimentos, normas, manuais e políticas do serviço.	de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
1.2. Prestar cuidados antecipatórios às famílias, centrados nas suas necessidades, para a maximização do potencial de desenvolvimento da criança e do jovem – E3.1 (Regulamento n.º 422/2018).	- Identificação das principais necessidades de aprendizagem das famílias; - Consulta de procedimentos, manual de acolhimento, normas e procedimentos; - Participação em consultas de Saúde Infantil; - Planeamento de consultas de Saúde Infantil.	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência:	- Relatório de estágio.

		enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
1.3. Prestar cuidados de enfermagem ao adolescente com vista à capacitação para a autogestão da sua condição de saúde/doença e promoção da sua saúde – E3.3, E3.4 (Regulamento n.º 422/2018).	- Identificação das principais necessidades do adolescente; - Observação da intervenção da equipa multidisciplinar no que se refere a estratégias mobilizadas para a capacitação do adolescente e família para a autogestão da sua condição.	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u>	- Relatório de estágio.

		- Documentação do serviço; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
1.4. Prestar cuidados de Enfermagem à criança/jovem em situação de instabilidade das funções vitais e risco de morte – E2.1 (Regulamento n.º 422/2018).	- Participação na prestação de cuidados de enfermagem à criança em situação clínica instável;	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe;	- Declaração de presença em formação no Serviço de Urgência Pediátrica: “Organização de Equipa em Sala de Reanimação”;

	- Avaliação física completa da criança/jovem; - Promoção da relação terapêutica com a família através da comunicação eficaz; - Participação em formação no serviço sobre a organização da equipa em sala de reanimação.	- Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.	- Relatório de estágio
--	---	--	--

1.5. Prestar cuidados de Enfermagem com vista ao bem-estar da criança/jovem através do controlo e gestão diferenciada da dor – E2.2 (Regulamento n.º 422/2018).	- Observação do Enfermeiro Orientador durante a prestação de cuidados; - Consulta de procedimentos, manual de acolhimento, normas e procedimentos; - Recolha de material bibliográfico (evidência científica)	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e	- Relatório de estágio.
---	---	---	---

		pesquisa em bases de dados eletrónicas.	
Objetivo geral			
2. Desenvolver competências relacionadas com a intervenção do EEESIP na área da segurança infantil.			
Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores de avaliação
2.1 Avaliar conhecimentos e comportamentos da família relativos à segurança infantil, com foco no transporte seguro – E1.1, E1.2 (Regulamento n.º 422/2018).	- Realização de entrevistas aos pais e equipa de saúde; - Identificação das principais dúvidas e receios apresentados pelos pais relacionados com a colocação e transporte do recém-nascido nos SRC; - Observação do comportamento dos pais na utilização dos SRC; - Observação e identificação de estratégias mobilizadas pelos enfermeiros na abordagem aos pais.	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas	- Relatório de estágio.

		de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrônicas.	
2.2. 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 - E1.1, E1.2, E3.1, E3.3 (Regulamento n.º 422/2018).	- Acompanhamento do EEESCJ na prestação de cuidados e posteriormente participação na prestação de cuidados ao recém-nascido e família; - Consulta de procedimentos, normas e políticas; - Realização de educação para a saúde aos pais sobre a correta colocação dos bebés nos SRC;	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Peritos na área. <u>Recursos materiais:</u> - Documentação do serviço; - Bibliografia de referência:	- Relatório de estágio.

	- Sensibilização da equipa de Enfermagem para a importância da temática e procurar conhecer a população alvo e as principais necessidades de aprendizagem.	enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas; - Gabinete/sala.	
2.3. Ser facilitador de aprendizagem, em contexto de Serviço de Urgência, com foco na segurança infantil – D2.1, D2.2, D2.3 (Regulamento nº 140/2019).	- Realização de entrevistas ao Enfermeiro orientador, Enfermeiro chefe e equipa de enfermagem no sentido de identificar as principais causas de acidentes que levam os pais	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Equipa de Enfermagem <u>Recursos materiais:</u>	- Documento de apresentação: Segurança do doente; - Relatório de estágio.

	a recorrer ao Serviço de Urgência Pediátrico; - Realização de uma sessão formativa sobre segurança do doente à equipa de enfermagem.	- Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas; - Gabinete/ sala.	
2.4. Contribuir para o desenvolvimento de práticas de qualidade em contexto de Urgência Pediátrica com foco na segurança do doente – B1.1, B1.2, B2.2 (Regulamento nº 140/2019).	- Realização de entrevistas ao Enfermeiro orientador, Enfermeiro chefe e equipa de enfermagem no sentido de identificar as principais	<u>Recursos humanos:</u> - Docente orientador; - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador;	- Folha de passagem de turno; - Documento de apresentação: Segurança do doente; - Relatório de estágio.

	necessidades de melhoria no serviço; - Recolha de material bibliográfico (evidência científica) sobre a transição segura de cuidados e a técnica ISBAR; - Elaboração de uma folha de passagem de turno segundo a técnica ISBAR; - Apresentação da folha de passagem de turno à equipa de enfermagem; - Realização de uma sessão formativa sobre segurança do doente à equipa de enfermagem.	- Equipa de enfermagem <u>Recursos materiais:</u> - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil vigentes; - Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas; - Gabinete/ sala.	
--	---	---	--

Apêndice IV – Caracterização dos contextos de ensino clínico

Caracterização dos contextos de ensino clínico

Na UC Estágio foram realizados dois ensinamentos clínicos, em contexto dos CSP e CD, e na UC Estágio com Relatório foram realizados três ensinamentos clínicos, na UCIN, no IP e na UP. A ordem de realização dos mesmos teve em conta a disponibilidade das instituições.

Os estágios da UCIN, IP e UP foram realizados na mesma instituição, na área de Lisboa, que assiste RN, crianças e jovens até aos 18 anos menos um dia. O hospital em questão foi acreditado pela UNICEF, desde 2016 como *Hospital Amigo dos bebés*, que permite proteger, promover e apoiar o aleitamento materno (UNICEF, s.d.). Os três serviços são formados por equipas multidisciplinares que contam com Médicos, Enfermeiros, Dietistas, Assistentes Operacionais, Assistentes Sociais, e Secretárias da Unidade. Fazem contar, sempre que necessário, com apoio de Terapeutas, nomeadamente Terapeuta da fala e Fisioterapeutas. O IP dispõe ainda de uma Educadora de Infância. Transversalmente aos três serviços, para os pais que permanecem junto dos filhos, é-lhes oferecida uma senha de refeição, por família, para almoço e jantar.

Cuidados de Saúde Primários

Este foi o meu primeiro contexto de ensino clínico da UC Estágio e teve lugar numa USF tipo A que integra um ACES pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. A sua área geográfica integra 225 038 habitantes sendo a população muito diversificada, designadamente no que se refere à cultura.

Esta instituição desempenha um trabalho em parceria com uma Unidade de Cuidados na Comunidade que permite a referenciação para equipas de Saúde Escolar, de Cuidados Continuados Integrados e realização de projetos na área da saúde materna, como a preparação para a parentalidade, recuperação pós-parto, massagem infantil e apoio à amamentação.

A equipa multidisciplinar integra 24 elementos, dez Médicos de Família, nove Enfermeiros de Família, sendo apenas uma EEESIP e cinco Secretários clínicos. Estão organizados em 10 equipas, cada uma composta por um elemento de cada categoria profissional. Têm ainda um assistente operacional e um profissional de segurança.

O espaço da USF é composto por dez gabinetes médicos, um gabinete da coordenação, um gabinete da Psicologia, oito gabinetes de enfermagem, uma sala de

tratamentos, uma sala de doença aguda respiratória, uma sala de planeamento familiar, duas salas de espera, uma sala de reuniões, uma copa e dois vestiários. Tem ainda um pequeno espaço dedicado à amamentação com biombos que permitem garantir a privacidade das mães.

Consulta de Desenvolvimento

Este foi o segundo e último contexto da UC Estágio. Teve lugar numa instituição focada na reabilitação de crianças e jovens com incapacidades de predomínio motor e integra um serviço de internamento, a consulta externa e o serviço de tratamento ambulatorio.

A equipa multidisciplinar é composta por Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Terapeutas (fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais), Técnicos do serviço social, Psicólogos, Ortoprotésicos, Educadores de Infância e Professores. A equipa de enfermagem é constituída por 15 elementos, três deles EEESIP, oito EE em Enfermagem de Reabilitação e quatro Enfermeiros generalistas.

O seu foco de atuação passa pela integração de crianças e jovens na sociedade contribuindo para a sua autonomia na realização das atividades de vida diárias (AVD's). A instituição tem como modelo orientador da prática de enfermagem, o da Parceria de Cuidados de Anne Casey, onde a criança e família estão no centro dos cuidados e fazem parte das tomadas de decisão sobre a sua saúde. A filosofia de cuidados assenta no modelo baseado nas AVD's, sustentado pela teórica de Nancy Roper e na filosofia da reabilitação, na procura de atingir o seu potencial máximo de desenvolvimento e ganhar autonomia e independência estando desta forma integrados na família e sociedade.

Na consulta externa, composta por quatro gabinetes de consulta, um de enfermagem e a sala de espera, é realizada a análise da situação da criança e é o local onde é feita a sua admissão.

O serviço de internamento, onde realizei o meu estágio, tem capacidade para 16 crianças/jovens até aos 21 anos. Todas as crianças até aos 14 anos têm direito a um acompanhante durante 24h e podem receber duas visitas diárias.

Este serviço apresenta um gabinete de Enfermagem, o gabinete da Enfermeira Chefe, um gabinete de Psicologia, uma sala de trabalho para a equipa multidisciplinar, uma sala de terapêutica onde é guardada e preparada toda a medicação das crianças,

uma sala de desinfecção de materiais, a copa e uma casa de banho adaptada para as crianças/jovens. Para as crianças/jovens este serviço conta com um total de cinco quartos, quatro compostos por quatro camas e uma casa de banho adaptada e um quarto com apenas duas camas e uma casa de banho adaptada. Existe ainda uma sala polivalente que poderá servir de sala de atividades ou pode ser utilizado como quarto para crianças e jovens com maior instabilidade e necessidade de um período de maior isolamento e menor estimulação.

O acolhimento da criança/jovem é realizado em conjunto com a família e com o enfermeiro responsável. Começa com uma reunião de admissão com o Médico, Enfermeiro, Educador de infância e Assistente Social, onde são explicadas as rotinas do serviço, esclarecidas dúvidas dos pais e delineados os objetivos gerais do internamento. Cada criança tem um programa de reabilitação individualizado, que é atualizado semanalmente. Uma vez por mês são feitas visitas médicas e as chamadas observações de casos clínicos com a equipa multidisciplinar, onde se avalia a situação de cada criança, a sua evolução e onde são reformulados, sempre que necessário, os seus objetivos gerais.

Atualmente têm como projetos institucionais de melhoria contínua o (1) projeto de Follow up, onde procuram realizar um contacto telefónico uma semana após a alta da criança/jovem e novamente após 3 meses, tendo como objetivo manter o acompanhamento destas famílias e identificar necessidades de intervenção bem como promover a sua adaptação à condição atual de saúde; (2) a realização de um fim-de-semana numa colónia para crianças com graves deficiências motoras, dependentes de terceiros, para que as mesmas possam realizar atividades de lazer como ir à praia; (3) anualmente, selecionam 10 crianças, de acordo com critérios específicos da instituição, sendo maioritariamente famílias com dificuldades socioeconómicas, e realizem uma viagem ao Algarve ou à Disney e (4) todas as noites um grupo de voluntários é responsável por contar histórias às crianças para adormecer.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A UCIN foi o primeiro contexto de ensino clínico da UC Estágio com Relatório. O serviço onde estagiei conta com uma sala de cuidados intensivos com 5 vagas, uma sala de cuidados intermédios com 9 vagas e uma sala de isolamento com 3 vagas, tendo no total apenas uma capacidade para 14 RN por forma a manter as dotações seguras. Dispõe

ainda de uma copa de leites, uma sala para extração de leite, uma sala para os pais onde podem descansar, tomar banho, comer e guardar os seus pertences, uma sala de ambulatório onde são realizadas consultas de oftalmologia, ecografias e rastreios auditivos, um armazém onde é guardado material da unidade, uma sala de equipamento onde são guardados dispositivos de ventilação invasiva e não invasiva e material para realização de eletroencefalograma, uma sala de desinfecção, um gabinete médico, o gabinete da enfermeira-chefe, o secretariado e vestiários para os profissionais de saúde.

A equipa de enfermagem é composta por 38 elementos, dois dos quais a desempenhar funções de coordenação. Os restantes estão divididos em seis equipas, uma com seis elementos, quatro com sete elementos e uma com dois elementos com horário adaptado. No total existem seis EEESIP.

O serviço tem como filosofia os cuidados centrados no desenvolvimento, procurando dar resposta às necessidades individuais de cada RN e onde a parceria de cuidados é sempre valorizada, nomeadamente com as famílias, de forma a promover a parentalidade. Neste sentido, têm em conta cinco áreas de cuidados:

a proteção do sono; a avaliação e gestão da dor; o apoio às atividades de vida diária (posicionamento, alimentação, higiene); os CCF; e o ambiente saudável.

São admitidos na Unidade RN desde o nascimento até ao 1º mês de vida, vindos do Bloco de Partos ou de outras instituições. Num primeiro contacto com os pais, é-lhes entregue um guia de acolhimento onde são esclarecidas questões relacionadas como a organização da unidade, rotinas e horários de visitas e é também entregue um cartão de acompanhante que deve ser apresentado à entrada do hospital. Os pais não são considerados visitas, pelo que, podem permanecer junto dos filhos o tempo que desejarem.

Os vários elementos da equipa de enfermagem são distribuídos por grupos de trabalho, consoante as temáticas com que mais se identificam ou que queiram explorar, e realizam diferentes atividades, manuais e normas de procedimentos dando resposta às diferentes necessidades desta população, nomeadamente questões sobre aleitamento materno, ventilação, método canguru, controlo de infeção, segurança, entre outros.

Internamento de Pediatria

O segundo contexto de estágio integrado na UC Estágio com Relatório foi no IP. A equipa de Enfermagem é composta por 15 Enfermeiros, duas delas desempenham funções de coordenação do serviço, ambas EEESIP. Os restantes enfermeiros estão divididos por cinco equipas, três com três elementos e duas com dois elementos. No total têm cinco EEESIP.

O serviço tem capacidade para 15 crianças e é constituído por nove quartos equipados de acordo com as faixas etárias. Três quartos estão preparados para RN, com capacidade para dois ou três RN por quarto, dois quartos com duas camas para crianças a partir do primeiro mês e ainda três quartos de isolamento cada um com uma cama. Os RN e crianças internados são provenientes da UP, UCEP, UCIN, Consulta Externa ou transferidas de outras instituições.

Compreende ainda uma sala de Enfermagem, a sala da Enfermeira-chefe, a copa, uma sala de amamentação, para as crianças em período de amamentação e onde as mães poderão proceder à extração do leite e uma sala dos pais onde os mesmos podem descansar, comer, tomar banho e guardar os seus pertences.

O serviço é também composto por duas salas de atividades. Uma adequada a crianças até aos três anos e outra adequada para crianças/jovens a partir dos 3 anos. Estas salas podem ser utilizadas no horário das 9h-21h e a Educadora de Infância está presente de segunda a sexta das 9h-18h.

Por fim, existe ainda um quarto para a realização de eletroencefalograma e um hospital de dia, onde todas as sextas-feiras se realiza a consulta de metabolismo energético. O mesmo pode ser utilizado para provas de alergologia, endocrinologia, intervenções terapêuticas em ambulatório e reavaliação de crianças após a alta, minimizando desta forma o tempo de internamento das mesmas.

No acolhimento ao serviço é entregue um cartão de acompanhante e as crianças têm direito a ter um dos pais ou familiar de referência sempre presente. Durante a noite apenas um deles poderá permanecer, sendo disponibilizado um cadeirão para descansar. São permitidas visitas 3 dias por semana, não havendo visitas à segunda-feira. Os restantes dias são divididos pelas camas ímpares e pares sendo permitidas no máximo duas visitas, uma de cada vez, por um período de três horas, sempre na presença dos pais.

Uma vez por semana, em parceria com a Operação Nariz Vermelho as crianças e jovens deste serviço recebem a visita dos Doutores palhaços.

Urgência Pediátrica

A UP foi o último contexto onde realizei estágio clínico. Dispõe de cinco gabinetes médicos, duas salas de espera, duas salas de tratamento, uma sala de reanimação e uma sala de triagem. Neste serviço é aplicado o sistema de Triagem de Manchester que funciona por grau de gravidade da situação onde é atribuída uma prioridade clínica, dentro de 5 categorias (Emergente, Muito Urgente, Urgente, Pouco Urgente e Não Urgente). Todos os profissionais que realizam triagem têm de ter formação prévia, específica para o seu desempenho (SNS, 2016). O serviço encontra-se em funcionamento, diariamente, das 9h às 22h.

Integra ainda uma Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos com 6 vagas, sendo duas delas para internamento de curta duração, até 24h, denominado serviço de observação. O espaço é composto por dois quartos de isolamento adaptáveis à idade da criança, um quarto com três vagas para crianças em idade pré-escolar, escolar e adolescente e um quarto com três vagas para RN e crianças até aos três anos.

Recebem crianças vindas do exterior, transferidas de outras instituições e também pós-operatórios de cirurgias eletivas como ORL, neurocirurgia e cirurgia plástica. Têm condições para receber crianças com necessidade de ventilação não invasiva sendo que, se o estado da criança se agravar e tiver necessidade de ventilação invasiva, as mesmas têm de ser transferidas para outra instituição.

A equipa de enfermagem é constituída por 24 enfermeiros, uma EEESIP em funções de coordenação mais três EEESIP.

Atualmente no serviço está a decorrer um projeto de investigação sobre a utilização do protoxido de azoto para controlo da dor e um projeto de melhoria contínua sobre a melhoria da oferta alimentar às crianças na UP.

Cronograma

Ano	UC Estágio - 2023								
Meses	Junho				Julho				
Semanas	5-9	12-16	19-23	26-30	3-7	10-14	17-21	24-28	31
Contextos	Unidade de Saúde Familiar					Centro de Desenvolvimento Infantil			

Ano	UC Estágio com Relatório 2023/2024																			
Meses	Outubro					Novembro					Dezembro				Janeiro				Fevereiro	
Semanas	2-6	9-13	16-20	23-27	30-31	1-3	6-10	13-17	20-24	27-30	1	4-8	11-15	Pausa Letiva	8-12	15-19	22-26	29-31	1-2	5-9
Contextos	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais						Internamento de Pediatria						Urgência Pediátrica							

Referências Bibliográficas

Serviço Nacional de Saúde. (2016). *Triagem de Manchester*. <https://www.chlo.min-saude.pt/index.php/triagem-de-manchester>

UNICEF. (sem data). *A iniciativa amiga dos bebés*. <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>

Apêndice V – Guia orientador das atividades de ensino clínico

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular Estágio e Estágio com Relatório

Guia Orientador das Atividades de Ensino Clínico

Margarida Damásio Geada da Costa Seoane

Regente Unidade Curricular:
Professora Doutora Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues

Lisboa
junho 2023

Índice

1. Nota Introdutória	3
2. Problemática de Enfermagem	6
3. Objetivos, Atividades e Competências a Desenvolver	10
4. Referências Bibliográficas	11

1. Nota Introdutória

A Unidade Curricular (UC) Estágio e Estágio com Relatório surgem na continuidade da UC Projeto, inserida no plano de estudos do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Os estágios terão início no dia 5 de junho de 2023 com uma duração de 22 semanas, sendo que o presente documento foi construído com o objetivo de apresentar sumariamente o projeto de formação, designadamente a proposta relativamente à sua operacionalização no contexto de estágio permitindo a sua melhoria ao longo dos vários contextos de estágio, com a colaboração da Professora e Enfermeira orientadoras.

Ao longo dos vários estágios é pretendido um desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), integrando as diferentes dimensões do exercício profissional e das competências de Mestre, sendo que me proponho a aprofundar o desenvolvimento de competências do EEESIP no âmbito da promoção da segurança infantil com foco no transporte seguro.

A temática da segurança do doente tem assumido cada vez mais relevância nos últimos anos. É considerada uma questão global e essencial para garantir sistemas de saúde mais eficientes e melhor qualidade dos cuidados de saúde (Barroso et al., 2021), devendo 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 (World Health Organization, 2021).

As crianças são vulneráveis e estão constantemente expostas a situações de risco e, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, todas as crianças têm direito a um ambiente seguro, sendo que as instituições devem agir em conformidade com os padrões estabelecidos nas áreas da segurança e saúde (Peden et al., 2008).

Segundo a Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI), é “necessário que Portugal assuma um verdadeiro compromisso com a redução do impacto que os acidentes têm na vida das crianças e jovens” (APSI, 2022, p.22), com especial enfoque nos acidentes rodoviários, na medida em que estes correspondem a cerca de 60% do número de mortes por acidentes, sendo a primeira causa de morte por acidentes, em crianças e jovens (APSI, 2022).

Segundo o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes, o transporte seguro em Sistemas de Retenção para Crianças (SRC) adequados é uma área de enorme importância e que deve ser abordada desde o momento da alta da maternidade (Amann, 2012). Isto deve-se ao facto de a utilização dos SRC ser uma das principais formas de reduzir o número de mortes e lesões causadas pelos acidentes de viação (Sun et al., 2023) e a não utilização destes SRC ou sua utilização incorreta aumentam o risco de morbilidade e mortalidade, com repercussões no crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens (Smola et al., 2020). Neste sentido, emerge a necessidade do enfermeiro investir nesta temática, demonstrando uma das competências comuns do EE relacionada com a identificação de práticas incorretas e a prevenção da sua recorrência (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Também a Convenção sobre os Direitos das Crianças nos dá contributos e sustento ao investimento nesta área. Na medida em que esta advoga, como o próprio nome indica, em prol dos direitos da criança, referindo, no seu artigo 24º, 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” (Fischer, 2019).

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 (Amann, 2012). Neste âmbito, o EEESIP tem um papel fundamental na educação para a saúde e na capacitação parental, fazendo parte das competências comuns do EE implementar “medidas de prevenção e identificação de práticas de risco” (Regulamento nº 140/2019, 2019) e das competências específicas do EEESIP facilitar a “aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

No sentido de desenvolver competências comuns do EE e específicas do EEESIP, e com base no autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem, defini objetivos gerais, específicos e atividades a desenvolver ao longo da consecução do projeto, nos vários contextos de estágio. Como objetivos gerais proponho:

- (1) Desenvolver competências do EEESIP na prestação de cuidados à criança, jovem e família, nos processos de saúde e doença nos diferentes contextos da prática;

(2) Desenvolver competências relacionadas com a intervenção do EEESIP na área da segurança infantil.

Para cada objetivo geral foram definidos objetivos específicos, ajustados ao contexto de estágio, atividades propostas e os respectivos indicadores de avaliação, que irei apresentar sobre a forma de uma tabela. Ressalva-se que as atividades foram alteradas ao longo de cada contexto de estágio, no sentido de maximizar o desenvolvimento de competências e a adequação às especificidades do local de estágio.

2. Problemática de Enfermagem

Incidentes relacionados com a segurança dos pacientes 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 (World Health Organization, 2021).

Os dados disponibilizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que a mortalidade de crianças e jovens por traumatismos e lesões não intencionais tem vindo a diminuir em Portugal nos últimos 30 anos e a estabilizar na última década, sendo esta estabilização vista como um desinvestimento nacional no que diz respeito à segurança infantil. No entanto, este assunto deve preocupar-nos e carece da nossa atenção e investimento, na medida em que continua a ser uma das principais causas de morte nas crianças e jovens no mundo, e a primeira entre os 5 e os 19 anos de idade (APSI, 2022).

A avaliação do impacto dos traumatismos e acidentes na vida das crianças, dos jovens e 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, por forma a direccionar a educação para a saúde, facilitar ferramentas e estratégias válidas para a prevenção da ocorrência destes incidentes ao longo da infância. 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).

Este trabalho de proximidade com as famílias permite conhecê-las, a sua dinâmica, os seus desafios, as suas forças e fragilidades, impregnando cada contacto com a filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF), no sentido de as capacitar para promover um crescimento e desenvolvimento saudáveis e seguros da(s) criança(s). O que corresponde às competências esperadas do EEESIP, no que concerne a assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, e a prestar cuidados específicos, em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Na minha prática profissional, na área da Neonatologia, deparo-me, frequentemente, com inúmeras dúvidas que os pais apresentam, no momento da alta, relacionadas com a correcta utilização dos sistemas de retenção, colocando-me numa posição privilegiada para a transmissão de informação determinante na prevenção de acidentes e promoção de comportamentos seguros.

Está comprovado que a prestação de cuidados seguros implica uma parceria nos cuidados, no sentido de informar os pacientes e as suas famílias nas questões relacionadas com a sua saúde e estarem envolvidos nas decisões sobre a mesma (WHO, 2021). Neste sentido, a filosofia dos CCF fornece inúmeros contributos à intervenção EEESIP, na medida em que nos impele a colocar o cliente e a sua família no centro de todas as decisões sobre a sua saúde (O'Connor et al., 2019; Smith, 2018), promovendo o crescimento e desenvolvimento infantil através da transmissão de orientações antecipatórias às famílias (Regulamento n.º 422/2018, 2018) garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade da criança e das famílias (Regulamento nº 140/2019, 2019).

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). Sendo o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender o referencial teórico que sustenta este projeto pois permite ao Enfermeiro intervir no sentido do desenvolvimento de comportamentos promotores da saúde (Santi et al., 2023). Este modelo caracteriza a pessoa como um ser biopsicossocial, parcialmente moldado pelo ambiente e permite explicar e prever determinados comportamentos de saúde, procurando motivar as pessoas a terem comportamentos promotores de saúde (Aqtam & Darawwad, 2018).

A utilização dos SRC apresenta algumas especificidades quando nos referimos a Recém-Nascidos (RN) pré-termo, sendo que uma das recomendações da *American Academy of Pediatrics* (AAP) é a realização do teste de apneia do RN, vulgarmente conhecido por *infant car seat challenge* (ICSC), visto que, um número considerável de recém-nascidos (RN) pré-termo apresenta instabilidade respiratória quando são colocados nos SRC. Este teste consiste em fazer a monitorização cardiorrespiratória de RN de risco, nomeadamente os pré-termo, quando são colocados no SRC, vulgarmente denominado de “ovo”, durante pelo menos 60 minutos para fazer o despiste de episódios de apneia, bradicardia e diminuição da saturação periférica de oxigénio. O objetivo deste

teste é identificar se os recém-nascidos apresentam estabilidade hemodinâmica tanto em sistemas de retenção, como quando posicionados em decúbito dorsal. É considerado um dos procedimentos mais eficazes para a identificação e despiste de imaturidade respiratória e instabilidade hemodinâmica, quando o recém-nascido é colocado na posição de sentado.

Em Portugal, o ICSC é identificado pela Sociedade Portuguesa de Neonatologia como um procedimento obrigatório a realizar antes do RN pré-termo ter alta, embora não seja ainda implementados em todas as Unidades, nomeadamente na Unidade onde desempenho funções. Neste sentido, considero uma prioridade a elaboração de uma norma de procedimento que guie a prática contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados e consequentemente o aumento da segurança dos RN, especialmente os pré-termo (Costa et al., 2020).

É essencial a existência de uma política de alta hospitalar onde sejam abordadas as questões da escolha dos SRC, a implementação do ICSC e indicações para os cuidadores antes da alta. Para que isto seja possível é necessária a existência de uma equipa com conhecimento e treino para a realização destes testes e ensinios aos pais (Bull, 2020; Magnarelli et al., 2020).

Neste sentido, e sendo os acidentes de viação um problema de saúde pública, a correcta utilização dos SRC é vista como uma das principais formas de reduzir o número de mortes e lesões causadas pelos acidentes de viação (Sun et al., 2023), sendo que a não utilização destes SRC ou sua utilização incorreta aumentam o risco de morbilidade e mortalidade, com repercussões no crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens (Smola et al., 2020).

A prevenção de acidentes está relacionada com vários aspetos, entre os quais a criação e melhoria da legislação, por forma a promover comportamentos seguros, a formação de profissionais de saúde e ainda a educação da população (Pires da Silva et al., 2017). Apesar da evidência, continuam a verificar-se práticas erradas relacionadas com os SRC, sendo que os enfermeiros, nomeadamente os EEESIP, têm um papel fundamental e uma enorme responsabilidade na educação parental, devendo esta temática da segurança infantil ser abordada em todos os contextos de saúde (Pires da 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 (Smola et al., 2020; Sun et al., 2023).

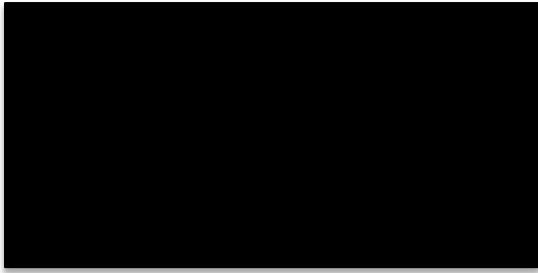
3. Objetivos, Atividades e Competências a Desenvolver

O documento original integra a tabela com os objetivos gerais, específicos, atividades propostas e competências a desenvolver e pode ser consultado em Apêndice III.

4. Referências Bibliográficas

- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2022). *Relatório de Avaliação 30 Anos de Segurança Infantil em Portugal 2022*.
- Amann, G. P. (2012). *Promoção da Alta Segura. Relatório. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes* (Lisboa). Direção-Geral da Saúde.
- 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>
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia Prático para a segurança do doente*. (1ª edição). Lidel.
- Bull, M. J. (2020). Car Seat Tolerance Screening for Late Preterm Infants. *Pediatrics*, 145(1), e20193369. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3369>
- 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>
- Fischer, S. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos. Comité Português para a UNICEF*.
- Magnarelli, A., Shah Solanki, N., & Davis, N. L. (2020). Car Seat Tolerance Screening for Late-Preterm Infants. *Pediatrics*, 145(1), e20191703. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1703>
- 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).
- 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>
- Peden, M., Oyegbite, K., Ozanne-Smith, Joan, J., Hyder, A. A., Branche, C., Rahman, A. F., Rivara, F., & Bartolomeos, K. (2008). *World report on child injury prevention*. 211.
- Pires da Silva, S., Sampaio, J., Teixeira da Silva, C., & 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.

- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. do C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª edição). LIDEL.
- Regulamento nº 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Nº 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.
- 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>
- 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>
- 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>
- World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.



**Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos
Cuidados de Enfermagem:
Parentalidade**

Margarida Seoane (nº mecanográfico (mec.): 74664)

Lisboa
maio 2024

O presente projeto intitula-se “Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Parentalidade” tendo como principal objetivo a implementação de uma prática que promova a qualidade e segurança dos cuidados fornecidos aos Recém-Nascidos (RN) hospitalizados na Unidade de Neonatologia e nos Internamentos de Pediatria e Obstetrícia do Hospital [REDACTED], a partir do ano de 2024.

Responsável pelo projeto: Margarida Seoane (OE 87798) (nº mec. 74664)

Contacto: margaridaseoane@gmail.com

Outros elementos do projeto: [REDACTED] e [REDACTED]

1- IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

A temática da segurança do doente “é um dos pilares básicos da prática clínica” (Barroso et al., 2021, p. 343) e tem assumido, nos últimos anos, uma enorme relevância, sendo considerada uma prioridade e uma questão global e essencial para garantir sistemas de saúde mais eficientes e melhor qualidade dos cuidados de saúde (Barroso et al., 2021).

Quando falamos em qualidade em saúde referimo-nos à capacidade de “atingir os objetivos desejados, tendo em consideração a maximização do bem-estar do doente” (Barroso et al., 2021, p.3), procurando minimizar a ocorrência de situações de risco e erro, prevenindo danos evitáveis, que podem culminar em morbilidade, invalidez ou fenómenos que acarretam grande sofrimento, para as vítimas e suas famílias (World Health Organization, 2021).

Os acidentes são um grave problema de saúde pública (Regulamento n.º 351/2015, 2015), tornando a temática da segurança uma preocupação que deve ser de todos. Esta exige, o esforço e participação ativa de “todas as partes interessadas” (Despacho n.º 9390/2021, 2021 p. 96), não só dos profissionais de saúde (WHO, 2021) que têm a responsabilidade de promover cuidados de saúde seguros, detetar erros e

adotar medidas de melhoria (Barroso et al., 2021; Despacho n.º 9390/2021, 2021), mas também dos pacientes, das suas famílias e das organizações, governamentais e não governamentais (WHO, 2021).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “os traumatismos e lesões não intencionais, ou acidentes, são uma das principais causas de morte de crianças e jovens no mundo” (APSI, 2022, p.02). Em Portugal, nos últimos 30 anos, houve uma diminuição no número de mortes de crianças e jovens por traumatismos e lesões não intencionais embora, na última década, se tenha verificado uma estabilização desses valores, sendo esta vista como um desinvestimento nacional no que diz respeito à segurança infantil. Neste âmbito, importa referir que os acidentes rodoviários correspondem a cerca de 60% do número de mortes por acidentes, sendo a primeira causa de morte por acidentes, em crianças e jovens (Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI], 2022), pelo que tem de ser dada a importância necessária a esta temática.

A avaliação do impacto dos traumatismos e acidentes 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, por forma a direccionar 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 num Sistema de Retenção para Crianças (SRC) homologado e adaptado ao tamanho e peso (Lei nº 72/2013, 2022) constitui uma medida obrigatória para todos os recém-nascidos (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 (Smola et al., 2020). Desta forma, a temática da segurança, com foco no transporte seguro, é uma área de elevada importância e que deve ser abordada o mais precocemente possível (Direção Geral da Saúde [DGS], 2012) e sempre que seja oportuno ou necessário.

Grande parte dos RN internados nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) são recém-nascidos prematuros (RNPT), sendo estes vulneráveis e propícios a

apresentarem instabilidade respiratória quando colocados nos SRC. Por esta razão, a utilização dos SRC nesta população, apresenta algumas especificidades. Uma das recomendações da *American Academy of Pediatrics* (AAP), desde 1991, é a realização do teste de apneia do RN, denominado por *Infant Car Seat Challenge* (ICSC) (AAP & American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017; Magnarelli et al., 2020). Este teste consiste numa monitorização cardiorrespiratória do RN de risco, nomeadamente o RNPT, posicionando-o no SRC durante pelo menos 90 minutos, com o intuito de fazer o despiste de episódios de apneia, bradicardia e/ou diminuição da saturação periférica de oxigénio. Desta forma, é possível identificar se os RN apresentam estabilidade hemodinâmica quando posicionados nos SRC (Hoffman & Vining, 2022), sendo que, a reprovação neste teste é considerada pela AAP como um motivo para protelar a alta hospitalar (Magnarelli, 2020).

Um dos pilares do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 refere-se às práticas seguras em ambientes seguros, sendo o contexto e as condições em que os cuidados são prestados fatores condicionantes da segurança e qualidade dos mesmos (Despacho n.º 9390/2021, 2021). Os RN, pela sua característica, vulnerabilidade, dependem dos adultos para assegurarem os seus direitos, nomeadamente de segurança e saúde (DGS, 2012).

A promoção da segurança começa pela educação da população, nomeadamente os pais, aumentando os seus níveis de literacia. Neste âmbito de atuação, é indiscutível a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) assente nos cuidados centrados na família e no empoderamento parental, contribuindo para a prevenção 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 Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, referencial teórico escolhido para sustentar este projeto, permite ao Enfermeiro intervir no sentido do desenvolvimento de comportamentos promotores da saúde (Santi et al., 2023). Este modelo reconhece a pessoa como um ser biopsicossocial, parcialmente moldado pelo ambiente permitindo

explicar e prever determinados comportamentos de saúde, procurando motivar as pessoas a terem comportamentos promotores de saúde (Aqtam & Darawwad, 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; Ordem dos Enfermeiros [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 como ansiedade, medo e insegurança (Haward et al., 2020; OE, 2015).

Não há dúvida de que os pais são fundamentais, constituindo os principais responsáveis na prestação de cuidados aos seus filhos (OE, 2015). Neste sentido, trabalhar em parceria com as famílias é imprescindível à nossa prática, pois permite conhecê-las, à sua dinâmica, os seus receios, as suas forças e fragilidades, impregnando cada contacto com a filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF), no sentido de as empoderar para promover um crescimento e desenvolvimento saudáveis e seguros da(s) criança(s), avaliando o “desenvolvimento da parentalidade” (Regulamento no 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).

A formação dos profissionais de saúde é um dos fatores condicionantes da prestação de cuidados seguros (Despacho n.º 9390/2021, 2021), sendo igualmente determinante o empoderamento dos enfermeiros, por forma a termos equipas com conhecimento e treino não só para a realização do teste ICSC como para realizar ensinamentos aos pais (Bull, 2020; Magnarelli et al., 2020). Desta forma é necessário investir na formação que promova a “aprendizagem, em contexto de trabalho” suportando a “prática clínica em evidência científica” atual (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4746).

Como já foi referido, os incidentes relacionados com a segurança constituem um problema real e atual, tornando-se necessário, por forma a minimizar erros e uniformizar a prática, intervir a nível organizacional nomeadamente na implementação de políticas organizacionais que minimizem os incidentes, que são muitas vezes

evitáveis, produzindo ganhos em saúde (Despacho n.º 9390/2021, 2021) sendo esta considerada “uma aposta inequívoca em saúde” (Despacho n.º 9390/2021, 2021, p.96)”.

Este projeto inclui-se no enquadramento conceptual e nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 351/2015, 2015):

- A Satisfação da Criança: através do respeito pelas crenças e cultura familiares, avaliação da estrutura e contexto familiar e parceria de cuidados;
- A Promoção da Saúde: através da avaliação do conhecimento dos pais para adotar comportamentos promotores da saúde e de prevenção do risco, fornecendo informação orientadora de cuidados antecipatórios e a sensibilização dos pais, cuidadores e profissionais para situações de risco, consequências e a sua prevenção;
- A Prevenção de Complicações: através da identificação de situações de risco para a criança e da promoção da articulação com outras áreas de cuidados;
- O Bem-estar e o Autocuidado: através da identificação de problemas comportamentais e interativos do recém-nascido e da implementação de intervenções promotoras das competências parentais;
- A Organização dos Cuidados de Enfermagem: Promovendo a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem e da satisfação dos enfermeiros.

Contribui também para o Resumo Mínimo de Dados em Enfermagem e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde, como se pode observar no Quadro 1 (OE, 2007).

Quadro 1: Focos, Diagnósticos e Indicadores de Enfermagem

Focos	Diagnósticos	Atividades	Indicadores
Parentalidade	Potencial para o desenvolvimento da capacidade parental	Avaliar capacidade da mãe e (ou) pai para tomar conta (necessidades especiais): medidas de segurança no transporte do RN	$\frac{\text{Nº mãe e/ou pai com ganhos de capacidade}}{\text{Nº total de mãe e/ou pai com potencial}} \times 100$

2- PERCEBER O PROBLEMA

Apesar da evidência, continuam a verificar-se inconsistências e incoerências relacionadas com os SRC. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm um papel fundamental e uma enorme responsabilidade na educação parental, devendo a temática da segurança infantil ser abordada em todos os contextos de saúde (Pires da 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 (Smola et al., 2020; Sun et al., 2023).

A AAP considera obrigatória a realização do ICSC e, em Portugal, também a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN) o identifica como um procedimento obrigatório a realizar antes da alta (AAP & American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017; SPN, s.d.). Apesar destas orientações, muitas unidades de Neonatologia consideram a prática controversa pela carência de estudos e evidência científica que comprove a sua eficácia.

Uma das grandes 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 uniformes para a sua realização, nomeadamente critérios de inclusão e exclusão e atuação em caso de reprovação (Costa et al., 2020; Davis & Cheo, 2021; Hoffman & Vining, 2022; Jensen et al., 2018). Neste sentido, um documento orientador da prática e uma política de alta hospitalar, onde sejam abordadas as questões da

escolha dos SRC, a implementação do ICSC e indicações para os cuidadores antes da alta, torna-se indispensável, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados e, consequentemente, para o aumento da segurança dos RN, especialmente os RNPT.

É importante definir prioridades de intervenção e avaliar a existência de legislação, políticas e medidas de prevenção de acidentes e de promoção da segurança infantil, bem como a implementação e cumprimento das mesmas por forma a promover comportamentos seguros, a formação de profissionais de saúde e ainda a educação da população (APSI, 2022; Bull, 2020; Magnarelli et al., 2020; Pires da Silva et al., 2017).

A Convenção sobre os Direitos das Crianças advoga em prol dos direitos da criança, como o nome indica, referindo, no seu artigo 24º, 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” (Fischer, 2019). Neste sentido, é necessária a existência de uma equipa com conhecimento e treino para a realização destes testes e ensinios aos pais (Bull, 2020; Magnarelli et al., 2020).

Um programa de melhoria da qualidade é “um caminho para a redução de eventos adversos e minimização do seu impacto” (Barroso et al., 2021, p.21). Assim, este projeto constitui uma mais-valia, aliando a teoria ao ambiente da prática e trabalhando no sentido de promover comportamentos potenciadores da saúde, com vista à melhoria dos cuidados prestados.

3- FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS

De acordo com o problema e as causas encontradas, foram definidos os seguintes objetivos iniciais:

1. Implementar um Procedimento Setorial sobre o ICSC, nos serviços de Pediatria, Obstetrícia e Neonatologia do [REDACTED] a partir do ano de 2024;
2. Capacitar a equipa de enfermagem para a realização do ICSC, conseguindo que 50% da equipa esteja formada até seis meses após o início da implementação

do Procedimento Setorial e 80% esteja formada até um ano após início da implementação do mesmo;

3. Capacitar os pais para a correta colocação do RN nos SRC.

4- PERCEBER AS CAUSAS

Para percebermos as causas, para além da revisão bibliográfica anteriormente realizada, procurámos perceber quais os fatores que podem contribuir para a não realização do teste, sendo os mesmos apresentados no gráfico seguinte (Imagem 1).

Importa referir que, no ano de 2023, foram internados na Unidade de Neonatologia 125 RNPT e no serviço de Internamento de Pediatria 91 RNPT, sendo que, nenhum destes RNPT realizou o ICSC antes da alta.

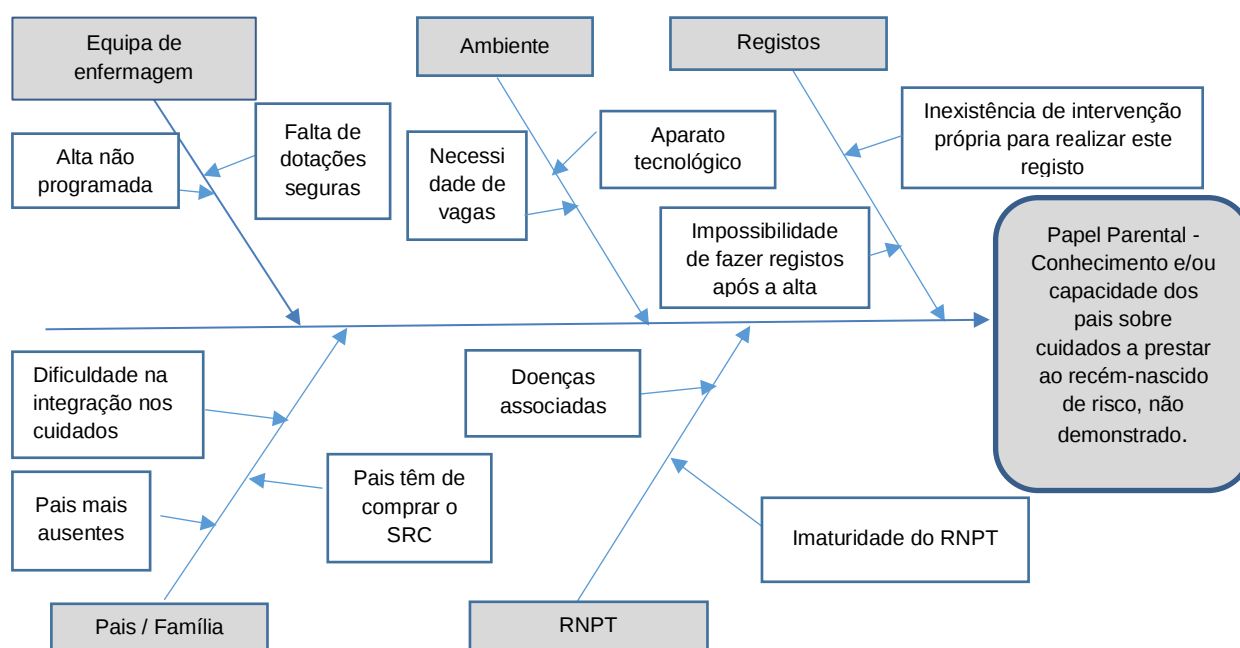


Imagem 1 – Fatores que afetam a realização do ICSC

5- PLANEAR E EXECUTAR ATIVIDADES

De acordo com o problema e as causas encontradas, foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivos gerais

- Promover o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde com vista à promoção da segurança infantil;
- Consolidar o conhecimento relativo à importância da implementação do ICSC.

Objetivos específicos

1. Implementar o Procedimento Setorial sobre o ICSC nos serviços de Pediatria, Obstetrícia e Neonatologia do [REDACTED] a partir do ano de 2024;
2. Avaliar conhecimentos da equipa de enfermagem relativos à segurança infantil, com foco no transporte seguro;
3. Capacitar a equipa de enfermagem para a realização do ICSC, conseguindo que 50% da equipa esteja formada até seis meses após o início da implementação do Procedimento Setorial e 80% esteja formada até um ano após início da implementação do mesmo;
4. Promover a aquisição de conhecimentos na equipa de enfermagem, relativos à saúde e segurança na família, no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde relacionados com o transporte seguro;
5. Capacitar os pais para a correta escolha e colocação do RN nos SRC;
6. Mensurar, anualmente, os testes realizados e identificar as causas dos não realizados;
7. Realizar testes a 80% dos RNPT dos serviços de Pediatria, Obstetrícia e Neonatologia no ano de 2024;
8. Realizar um estudo de investigação com vista à validação desta intervenção.

Atividades

- Elaboração do Procedimento Setorial até maio de 2024;
- Apresentação da problemática e do Procedimento Setorial à equipa de Enfermagem do Internamento de Pediatria e da Unidade de Neonatologia, em dezembro de 2023;

- Apresentação da problemática e do Procedimento Setorial à equipa de Enfermagem do Internamento de Obstetrícia e repetir para a Unidade de Neonatologia e Internamento de Pediatria, em janeiro de 2023;
- Formação sobre ICSC à equipa de Enfermagem do Internamento de Pediatria e Obstetrícia e da Unidade de Neonatologia em Dezembro de 2023 e em Junho de 2024;
- Implementação do Procedimento Setorial nos três serviços a partir do momento em que o mesmo seja aprovado pela direção de Enfermagem;
- Realização de auditorias anuais ao cumprimento do Procedimento Setorial e respetivos registos;
- Realização de um estudo de investigação de validação da intervenção, com a colaboração de outros profissionais [REDACTED] com duração de um ano e com início a partir do momento de implementação do Procedimento Setorial;

6- VERIFICAR RESULTADOS

Os resultados serão avaliados um ano após o início da implementação do Procedimento Setorial:

1. Avaliação dos ganhos de conhecimento dos pais

$$\frac{\text{Nº mãe e/ou pai com ganhos de conhecimento}}{\text{Nº total de mãe e/ou pai com potencial}} \times 100$$

2. Avaliação dos ganhos de capacidades dos pais

$$\frac{\text{Nº mãe e/ou pai com ganhos de capacidade}}{\text{Nº total de mãe e/ou pai com potencial}} \times 100$$

3. Avaliação da taxa de formação dos Enfermeiros

$$\frac{\text{Nº de enfermeiros com formação}}{\text{Nº total de enfermeiros}} \times 100$$

7- PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARTIZAR E TREINAR A EQUIPA

- Treinar 100% da equipa de enfermagem;
- Auditoria interna aos registos de ensinios aos pais efetuados;
- No final do ano de 2024 realizar nova formação aos profissionais de saúde e discutir medidas corretivas.

8- RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO

- Partilhar com a equipa os resultados obtidos;
- Divulgar o Projeto aos enfermeiros dos Serviços de Pediatria, Obstetrícia e Neonatologia do [REDACTED]
- Divulgar e partilhar o Projeto em encontros de Benchmarking do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, por forma a dar visibilidade a este projeto e, futuramente, com implementação do Procedimento Setorial em mais hospitais do país, produzindo ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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.
- 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>
- 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
- Bull, M. J. (2020). Car Seat Tolerance Screening for Late Preterm Infants. *Pediatrics*, 145(1), e20193369. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3369>
- 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>
- Despacho n.º 9390/2021, Despacho n.º 9390/2021, 2ª série (2021).
- Direção Geral da Saúde. (2012). *Promoção da Alta Segura. Programa Nacional da Prevenção de Acidentes. Direção Geral da Saúde, Lisboa*.
- Fischer, S. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos. Comité Português para a UNICEF*.

- Haward, M. F., Lantos, J., Janvier, A., & for the POST Group. (2020). Helping Parents Cope in the NICU. *Pediatrics*, 145(6), e20193567. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3567>
- 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>
- 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>
- Lei nº 72/2013, de 3 de Setembro. (2022). Código da Estrada. Legislação Consolidada. Artigo 55º, 1-85. (2022).
- 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>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática—Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*.
- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. do C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª edição). LIDEL.
- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. n.º 351/2015, N.º 119, Diário da República Regulamento n.º 351/2015, 2.ª série 16660 (2015). <https://files.dre.pt/2s/2015/06/119000000/1666016665.pdf>
- Regulamento nº 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Nº 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.
- 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>
- 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.
- 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*.
- 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>
- World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.

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

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

Unidade de Neonatologia/ Internamento de Pediatria/ Internamento de Obstetrícia

Teste de apneia do RN/*Infant Car Seat Challenge*

Procedimento Setorial

Código

1. OBJETIVO

- a) Aumentar a segurança do utente com a realização do *Infant Car Seat Challenge (ICSC)*;
- b) Uniformizar os cuidados de enfermagem.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

- a) Recém-nascidos pré-termo (RNPT) internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), no Serviço de Internamento de Pediatria e Serviço de Obstetrícia do Departamento da Mulher e da Criança da [REDACTED]

3. RESPONSABILIDADES

- Implementação do procedimento:
 - Enfª Margarida Seoane
- Revisão do procedimento:
 - [REDACTED]
 - [REDACTED]
 - [REDACTED]
 - [REDACTED]

4. SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

AAP - American Academy of Pediatrics

ICSC – Infant Car Seat Challenge

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascidos pré-termo

SRC – Sistema de retenção para crianças

5. DEFINIÇÕES E CONCEITOS

Sistema de Retenção para Crianças pode ser definido como

um conjunto de componentes que pode incluir uma combinação de precintas ou componentes flexíveis com uma fivela de fecho, dispositivos de regulação, peças de fixação e, em alguns casos, um dispositivo adicional, como um berço de transporte, um sistema de transporte de crianças muito

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	05/2024	05/2027	1/11

Unidade de Neonatologia/ Internamento de Pediatria/ Internamento de Obstetrícia	Código
Teste de apneia do RN/<i>Infant Car Seat Challenge</i>	
Procedimento Setorial	

jovens, uma cadeira adicional e/ou um escudo contra impactos, capaz de ser fixado num veículo a motor. É concebido de modo a diminuir o risco de ferimentos do utilizador, em caso de colisão ou de desaceleração brusca do veículo, através da limitação da mobilidade do seu corpo (Diário da República, 2014, p.5714-(6)).

6. DESCRIÇÃO

6.1. Enquadramento

A temática da segurança do utente tem assumido cada vez mais relevância nos últimos anos, sendo considerada uma necessidade global e essencial para garantir sistemas de saúde mais eficientes e melhor qualidade dos cuidados de saúde. Deve, por isso, ser encarada como uma preocupação de todos (Barroso et al., 2021; World Health Organization (WHO), 2021).

O transporte automóvel seguro em Sistemas de Retenção para Crianças (SRC) adequados (Anexo I) é uma área de elevada importância que deve ser abordada o mais precocemente possível (Amann, 2012) e sempre que seja oportuno ou necessário. É 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 (Smola et al., 2020).

Os Recém-Nascidos pré-termo (RNPT), definidos por todos os recém-nascidos com idade gestacional 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). A realização deste teste justifica-se pelo facto de um número considerável de RNPT apresentar instabilidade cardiorrespiratória quando colocados nos SRC. O ICSC consiste na monitorização cardiorrespiratória do recém-nascido (RN) de risco, nomeadamente o RNPT, posicionando-o no SRC durante pelo menos 90 minutos, com o intuito de identificar episódios de apneia, bradicardia e/ou diminuição da saturação periférica de oxigénio. Desta forma, é possível perceber se os RN apresentam estabilidade cardiorrespiratória quando posicionados no sistema de retenção (AAP & American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017; Costa et al., 2020; Davis & Cheo, 2021; Hoffman & Vining, 2022).

Em Portugal, também a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN) identifica este teste como um procedimento obrigatório a realizar antes da alta dos RNPT (SPN, s.d.). No entanto, ainda não é

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	05/2024	05/2027	2/11

Unidade de Neonatologia/ Internamento de Pediatria/ Internamento de Obstetrícia	Código
Teste de apneia do RN/<i>Infant Car Seat Challenge</i>	
Procedimento Setorial	

uma prática implementada em todas as Unidades de Neonatologia, nomeadamente no [REDACTED]

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 Unidades de Neonatologia permanece controversa, pela carência de estudos e evidência científica que comprove 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 e atuação em caso de reprovação (Jensen et al., 2018; Costa et al., 2020; Davis & Cheo, 2021; Hoffman & Vining, 2022). Neste sentido, um documento orientador torna-se indispensável, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados e, consequentemente, para o aumento da segurança dos RN, especialmente os RNPT.

É também essencial a existência de uma política de alta hospitalar onde sejam contempladas as 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. A execução deste cuidado exige uma equipa com conhecimento e treino para a realização deste teste e respetivos ensinamentos aos pais (Bull, 2020; Davis & Cheo, 2021; Magnarelli et al., 2020).

6.2. Recursos

- a) Monitor;
- b) Eléktrodo;
- c) Oxímetro;
- d) SRC adequado.

6.3. Descrição:

6.3.1. Critérios de inclusão

Idade Gestacional: < 37 semanas ou peso ao nascer: < 2,5kg (Davis & Cheo, 2021).

6.3.2. Quando realizar o teste

- De preferência nas 24h prévias ao dia previsto para a alta;
- Realizar o teste entre 30 a 60 min após a alimentação.

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	05/2024	05/2027	3/11

Unidade de Neonatologia/ Internamento de Pediatria/ Internamento de Obstetrícia	Código
Teste de apneia do RN/<i>Infant Car Seat Challenge</i>	
Procedimento Setorial	

(Davis & Cheo, 2021)

6.3.3. Critérios de reprovação

- Saturação periférica de O₂ (SpO₂) < 90% por um período ≥ 20 segundos;
- Frequência cardíaca (FC) < 80bpm;
- Período de apneia ≥ 20 segundos.

(Davis & Cheo, 2021)

6.3.4. Medidas a adotar em caso de reprovação no teste

- Se o RN apresentar algum critério de reprovação durante a realização do teste:
 - Remover imediatamente o RN do SRC e colocá-lo no berço ou incubadora mantendo a monitorização cardiorrespiratória;
 - Informar a equipa médica;
- Repetir o teste após 24h;
- Se o RN reprovar duas vezes no teste ponderar a utilização de alcofa para o transporte no carro e repetir o teste na alcofa 24h antes da alta;
- Se o RN tiver indicação médica para utilizar uma alcofa após a alta, marcar uma consulta para repetir o teste antes de mudar de SRC.

(Davis & Cheo, 2021)

6.3.5. Descrição do procedimento

- O RN deve realizar o teste no SRC adquirido pelos pais e que irá ser usado após a alta;
- O SRC usado tem, obrigatoriamente, de ser adequado para o peso do bebé (de acordo com o decreto de lei em vigor e recomendações da marca);
- O RN deve ser colocado no SRC pelo Enfermeiro;
- O teste deve ser realizado no mínimo durante 90 minutos. O tempo máximo de realização do teste é de 2h (a considerar no caso de famílias que vivam a grandes distâncias do hospital);
- O RN deve ter monitorização cardiorrespiratória contínua;
- O enfermeiro deve fazer o registo da FC, Frequência respiratória (FR) e SpO₂ a cada 15 minutos e quando detetado qualquer evento cardiorrespiratório;

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	05/2024	05/2027	4/11

Unidade de Neonatologia/ Internamento de Pediatria/ Internamento de Obstetrícia	Código
Teste de apneia do RN/<i>Infant Car Seat Challenge</i>	
Procedimento Setorial	

(American Academy of Pediatrics & American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017; Davis & Cheo, 2021)

6.4. Registos

6.4.1. Realizar registos no B-Simple:

- Diagnóstico: Papel Parental – Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) pai para tomar conta (nec. Especiais);
 - Intervenção: Ensinar sobre medidas de segurança no transporte do RN:
 - Explicar aos pais em que consiste o teste, como e quando será realizado;
 - Realizar ensinios sobre a escolha e correta utilização dos SRC, bem como o posicionamento do RN nos mesmos;
 - Alertar para que, em viagens de carro longas, devem ser realizadas pausas a cada 2h, retirando o bebé do respetivo SRC por um período de 10 a 15 minutos.

6.4.2. Realizar registos no S-Clínico:

- Diagnóstico: Papel Parental – Potencial para melhorar a capacidade da mãe e (ou) pai para tomar conta (nec. Especiais);
 - Intervenção: Instruir a mãe e (ou) pai sobre medidas de segurança com dispositivos:
 - Explicar aos pais em que consiste o teste, como e quando será realizado;
 - Realizar ensinios sobre a escolha e correta utilização dos SRC, bem como o posicionamento do RN nos mesmos;
 - Alertar para que, em viagens de carro longas, devem ser realizadas pausas a cada 2h, retirando o bebé do respetivo SRC por um período de 10 a 15 minutos.

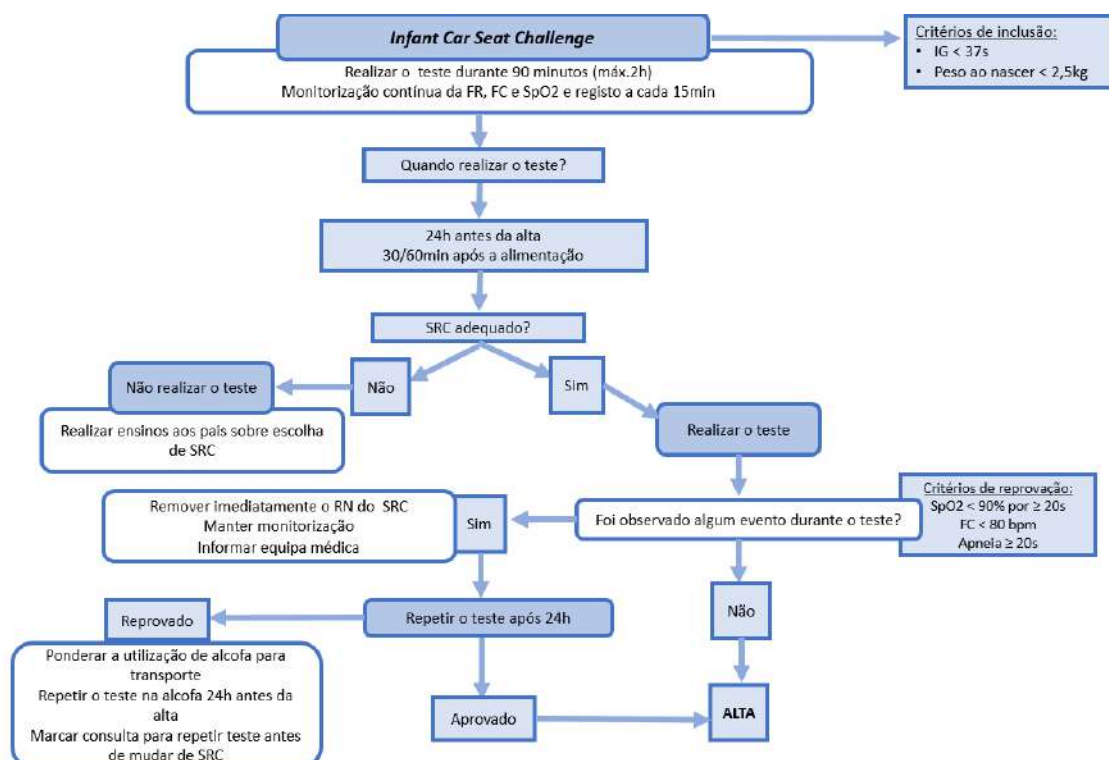
6.4.3. Incluir nos registos:

- Nome e número mecanográfico do Enfermeiro que realizou o teste;
- FC, FR e SpO₂ a cada 15 minutos;
- Tempo de realização do teste;
- Resultado do teste: aprovado ou reprovado;

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	05/2024	05/2027	5/11

- Em caso de reprovação, descrever detalhadamente os eventos ocorridos;

6.5. Fluxograma



6.6. Indicadores

- Registos da realização do ICSC nas 24h antes da alta;
- Registo dos Focos Parentalidade de acordo com a presente norma.

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	05/2024	05/2027	6/11

Unidade de Neonatologia/ Internamento de Pediatria/ Internamento de Obstetrícia	Código
Teste de apneia do RN/<i>Infant Car Seat Challenge</i>	
Procedimento Setorial	

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amann, G. P. (2012). *Promoção da Alta Segura. Relatório. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes* (Lisboa). Direção-Geral da Saúde.

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.

Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia Prático para a segurança do doente* (1ª edição). Lidel.

Bull, M. J. (2020). Car Seat Tolerance Screening for Late Preterm Infants. *Pediatrics*, 145(1), e20193369. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3369>

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>

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>

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>

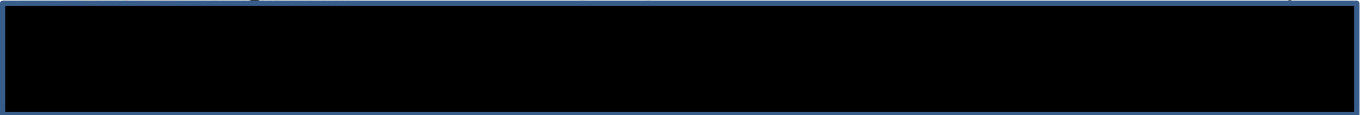
Regulamento nº 44 da Comissão Económica para a Europa da Organização das Nações Unidas (UNECE) - Prescrições uniformes relativas à homologação de dispositivos de retenção para crianças a bordo de veículos a motor («Sistemas de Retenção para Crianças»), Decreto-Lei n.º 170-A/2014, 1ª série (2014).

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>

World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.

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

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	05/2024	05/2027	7/11



Unidade de Neonatologia/ Internamento de Pediatria/ Internamento de Obstetrícia	Código
Teste de apneia do RN/ <i>Infant Car Seat Challenge</i>	
Procedimento Setorial	

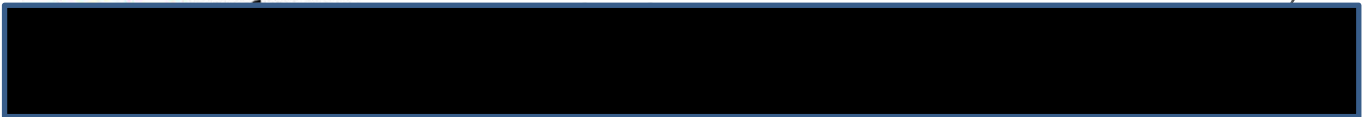
8. HISTÓRICO DE ATUALIZAÇÕES

EDIÇÃO	DATA	ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO
00	29/05/2024	Elaboração

9. ANEXOS

Anexo I- Sistema de Retenção para Crianças

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	05/2024	05/2027	8/11



Unidade de Neonatologia/ Internamento de Pediatria/ Internamento de Obstetrícia	Código
Teste de apneia do RN/ <i>Infant Car Seat Challenge</i>	
Procedimento Setorial	

Anexo I- Sistema de Retenção para Crianças

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	05/2024	05/2027	9/11

SISTEMAS DE RETENÇÃO PARA CRIANÇAS

O uso de um sistema de retenção para crianças homologado é obrigatório até aos 12 anos de idade ou 135 cm de altura

De acordo com o peso, idade e identificação da posição do SRC

Grupo	Peso	Idade	Posição da cadeira
0 - Alcofa	Só para casos especiais com indicação médica		De lado
0+	Até 13kg	Até 12-18M	VT
0+/I ou I	Até 18kg	12M - 3/4 A	VT
0+/I ou I	Até 18kg	18M - 3/4 A	VF
II/III	15-36kg	4/6 A - 12A	VF
III	22-36kg	8/9 A - 12A	VF

Legenda: VT – Voltado para trás; VF – Voltado para a frente



Grupo 0 Grupo 0+ Grupo I Grupo II Grupo III

Enquanto a criança estiver dentro do peso e/ou altura indicados, o arnês estiver à altura do ombro e a cabeça bem apoiada, a criança não deverá mudar para o SRC seguinte

A criança deve viajar voltada para trás até quando?

Idealmente até aos 3/4 anos

Nunca antes dos 18 meses

Devido à fragilidade do pescoço e peso da cabeça

Mesmo que as pernas fiquem dobradas/encolhidas

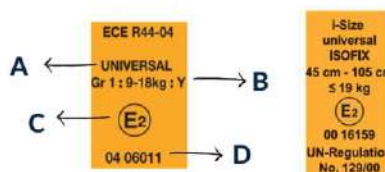
Não irá comprometer a sua segurança



Nos automóveis que não estejam equipados com cintos de segurança é proibido o transporte de crianças de idade inferior a 3 anos.

O que devemos ter em conta quando escolhemos o sistema de retenção?

1 Possuir etiqueta "E" – dá-nos a certeza que cumpre os critérios de segurança para o transporte da criança.



O número de homologação da etiqueta E deve começar por 04 (se homologada pelo Regulamento R44) ou 00, 01, 02 ou 03 (se homologada pelo Regulamento R129, I-size)

A – Categoria a que pertence a cadeira (devemos escolher a Universal = pode ser usada em todos os veículos).

B – Grupo de peso (muito importante para a escolha da cadeira mais adequada ao longo do crescimento da criança).

C – "E" seguido de um número. Este número identifica o país de origem da cadeira.

D – Número de aprovação (significa que este SRC foi submetido às normas internacionais mais recentes).

2 A cadeira deve ser experimentada previamente no automóvel para ter a certeza que o comprimento dos cintos é o adequado.

3 A cadeira deve ser leve e de fácil instalação e transporte.

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	05/2024	05/2027	10/11

Unidade de Neonatologia/ Internamento de Pediatria/ Internamento de Obstetrícia

Teste de apneia do RN/*Infant Car Seat Challenge*

Procedimento Setorial

Código



Alcofa



Indicações:

- Colocar a alcofa no banco de trás;
- O RN deve ser colocado com a cabeça virada para o centro do veículo, longe da porta (a alcofa ocupa no mínimo 2/3 do banco traseiro);
- Colocar o RN em decúbito dorsal e fixo com um arnês;
- Fixar a alcofa com o cinto de segurança do automóvel;
- Deve ir acompanhado de um adulto no banco de trás;
- Evitar fazer viagens longas;
- Deve possuir etiqueta E;



Se necessário...



Preencha o espaço, entre a zona de encaixe do arnês e o bebé, utilizando um rolo (evita posição incorreta e risco de flexão da cabeça)

O arnês

Deve estar regulado à altura do ombro com uma folga de apenas um dedo, medida no ombro

Nunca deve ficar torcido nem com folgas (diminuição da proteção)



Se for necessário dar mais suporte ao tronco do bebé...



Não devem ser colocados acima do nível da orelha (risco de sufocação)



Os modelos homologados pelo R 44 são instalados com o cinto de segurança do automóvel



Evite transportar o bebé no SRC com casacos grossos

Impedem a colocação do arnês justo e diretamente sobre o ombro



Maior risco de lesões em caso de travagem ou acidente



Em caso de capotamento aumenta o risco de ejeção

Sistema Isofix



Facilita a colocação e reduz os erros de instalação do SRC

Encaixam em 3 pontos

2 pontos inferiores (na base das costas do banco do automóvel)

3º ponto (atrás das costas do banco, na bagageira, ou no chão do carro)

A existência de 3 pontos de apoio evita a rotação da cadeira em caso de acidente.

Verifique, através das marcações na cadeira ou na base, que estes 3 pontos estão corretamente encaixados.



Para utilizar estes SRC é necessário um carro equipado com Isofix



os SRC devem ser comprados novos para cada criança

Uma cadeira emprestada ou em 2ª mão

- Deve garantir que nunca esteve envolvida num acidente.
- Não deverá ter sido utilizada por mais de 1 criança
- Deve possuir a etiqueta de homologação e instruções mínimas de instalação e utilização coladas na própria cadeira

Os SRC têm uma data de validade no assento ou no manual do proprietário

A partir de setembro de 2024 deixarão de estar à venda SRC homologados pela norma europeia ECE R44/04

Os SRC R44/04, previamente adquiridas, poderão continuar a ser usadas

A homologação passa a ser por altura e não por peso (critério mais importante para uma boa adaptação da criança ao SRC - há maior variabilidade no peso entre crianças da mesma idade) (R129)

Bibliografia:

Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2022). Relatório de Avaliação 30 Anos de Segurança Infantil em Portugal 2022.
Associação para a Promoção da Segurança Infantil (s.d.). A escolha da cadeirinha adequada.
Associação para a Promoção da Segurança Infantil (s.d.). Cadeira para automóvel: do nascimento aos 12 meses.
Direção Geral de Saúde (2010). Transporte de Crianças em Automóvel desde o útero da Maternidade. Lisboa: Ministério da Saúde.
Direção Geral de Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Ministério da Saúde.
Lei nº 72/2003, de 3 de Setembro. (2022). Código da Estrada. Legislação Consolidada. Artigo 55º, 1-85. Diário da República.
Pratt, M. (2024). Newborn Car Seat Test. Safe in the seat. Newborn Car Seat Test - Safe in the seat.

Edição		Próxima edição	Página
Nº 00	05/2024	05/2027	11/11

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

Infant Car Seat Challenge



Professora Orientadora:
Professora Sónia Patrícia Borges Rodrigues

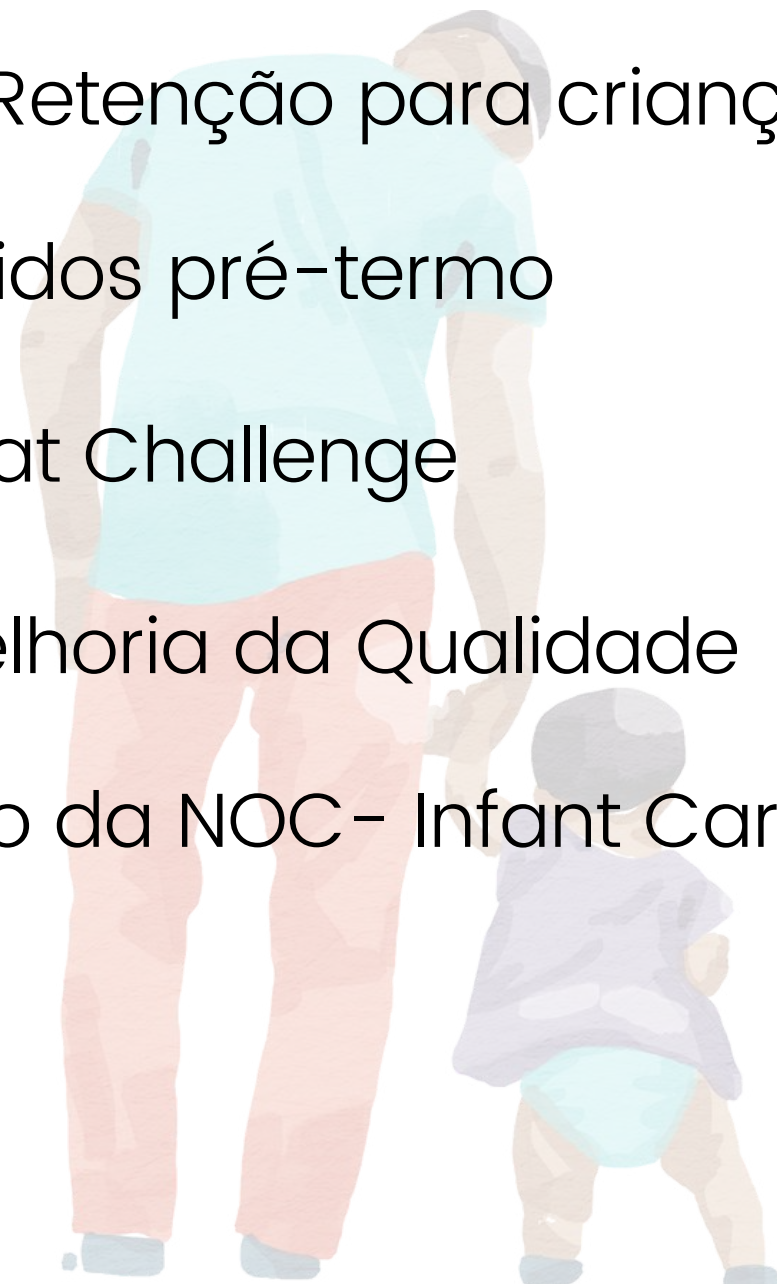
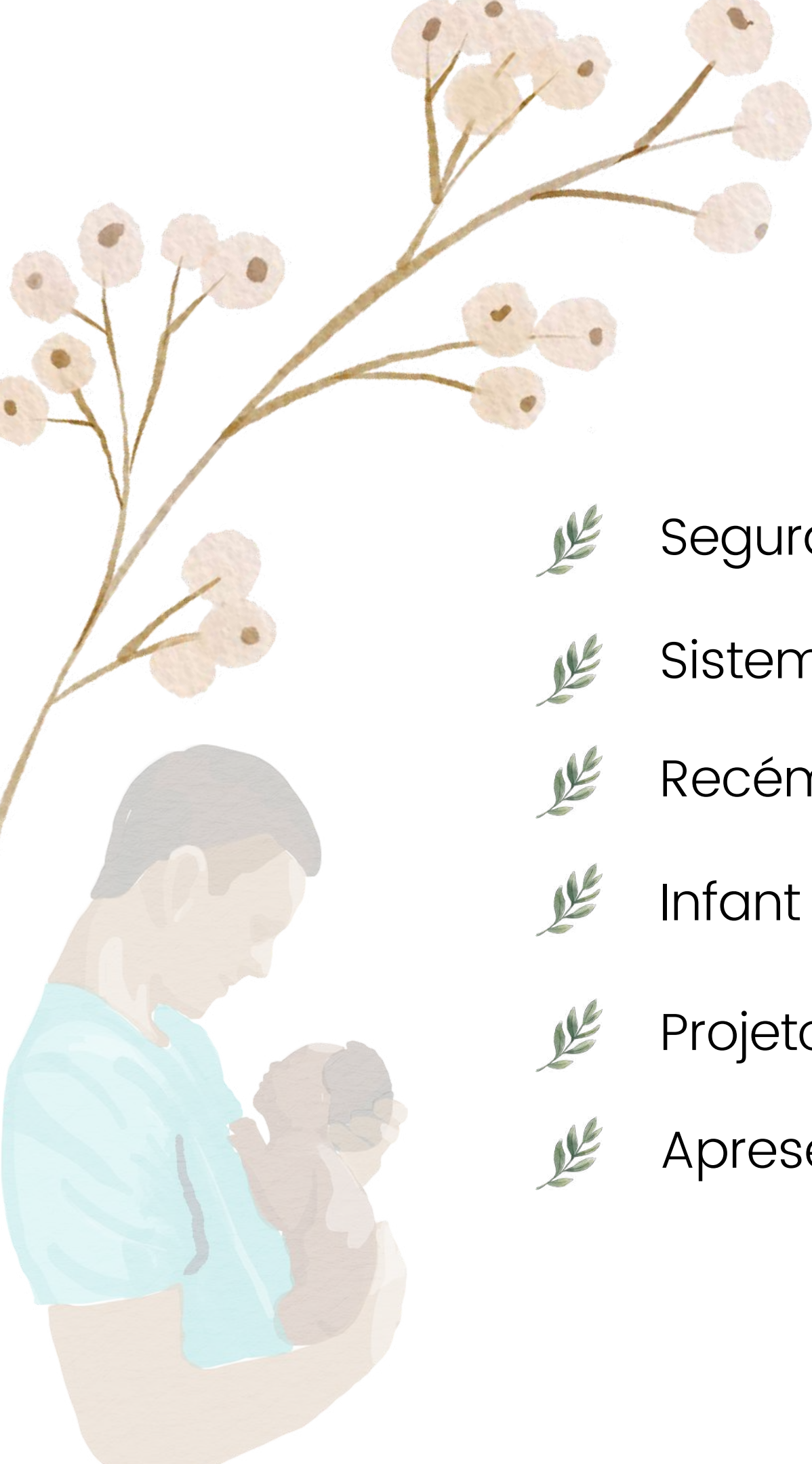
1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica
Unidade Curricular Estágio com Relatório
Margarida Seoane (aluna nº11590)

Enfermeiras Orientadoras (EEESIP):



Sumário

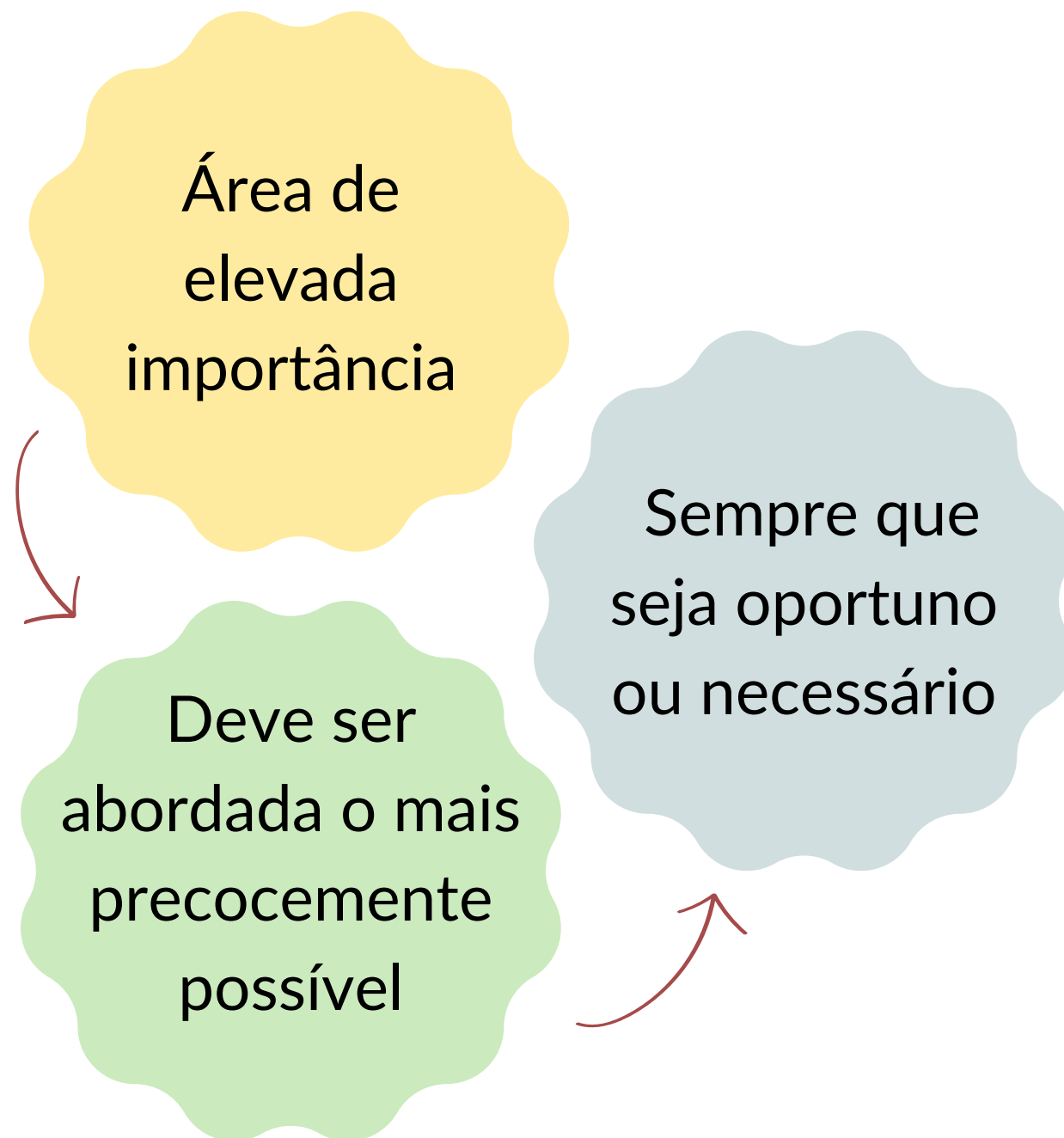
- 🌿 Segurança do utente
- 🌿 Sistemas de Retenção para crianças
- 🌿 Recém-nascidos pré-termo
- 🌿 Infant Car Seat Challenge
- 🌿 Projeto de Melhoria da Qualidade
- 🌿 Apresentação da NOC – Infant Car Seat Challenge



Segurança do utente



Sistemas de Retenção para Crianças (SRC)



A não utilização de SRC ou a sua utilização incorreta



Aumento do risco de morbidade e mortalidade



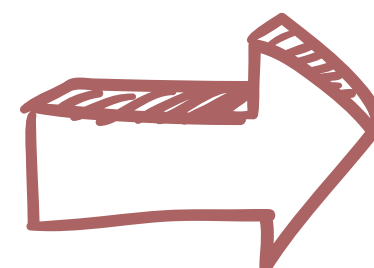
Repercussões no crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens



Recém-Nascidos pré-termo (RNPT)

Idade gestacional < 37 semanas

Podem
apresentar
instabilidade
respiratória
quando
colocados no
SRC



American
Academy of
Pediatrics

INFANT CAR SEAT
CHALLENGE

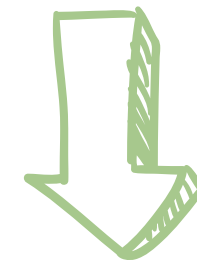


(American Academy of Pediatrics & American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017; Costa et al., 2020; Davis & Cheo, 2021; Hoffman & Vining, 2022; World Health Organization, 2023)

INFANT CAR SEAT CHALLENGE

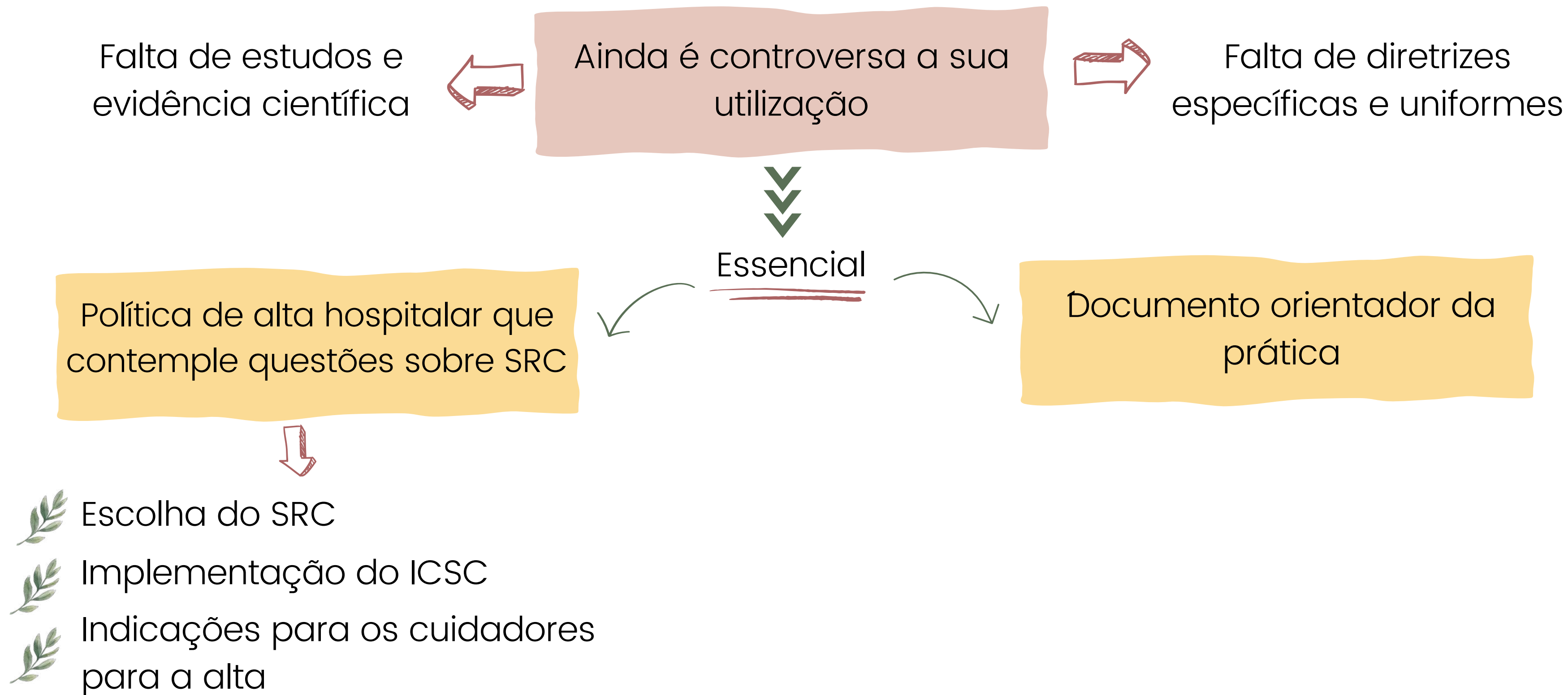


- ➡ Monitorização cardiorrespiratória do RN quando são colocados no SRC
- ➡ Fazer o despiste de episódios de apneia, bradicardia e diminuição da saturação periférica de oxigénio
- ➡ Pelo menos 90 minutos (até 2h) em SRC adequado

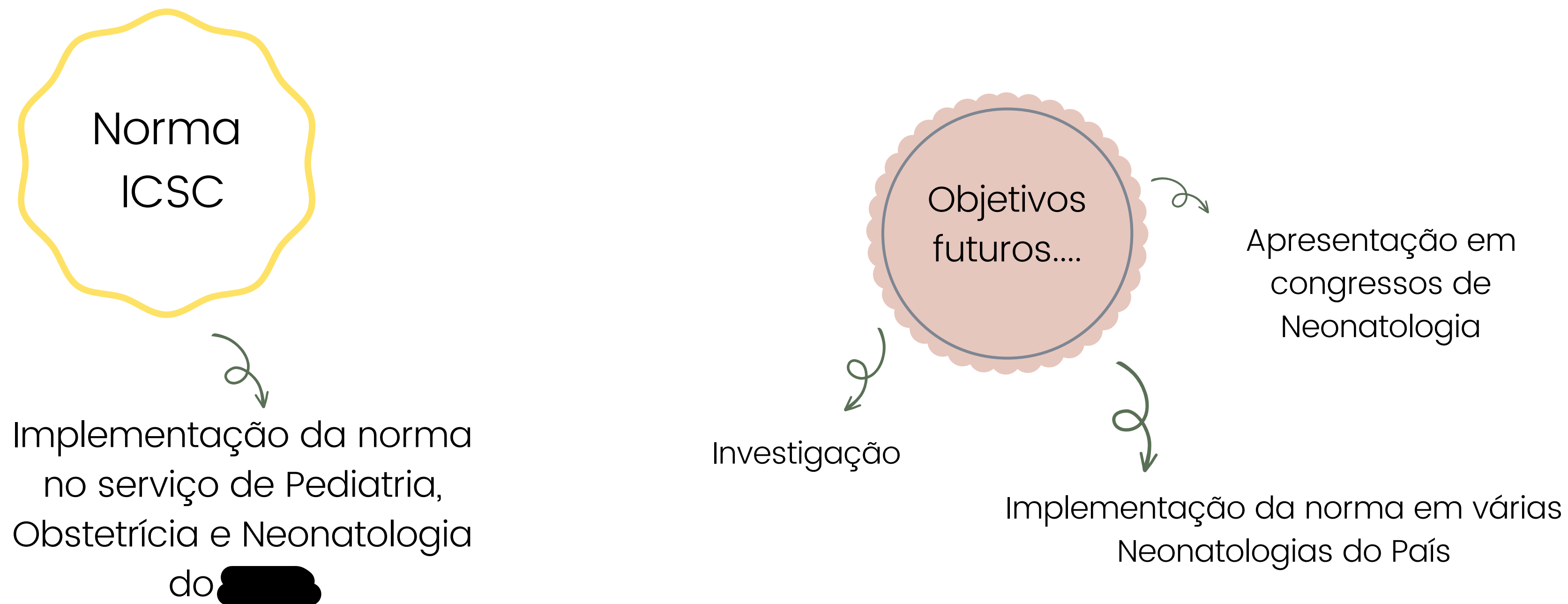


— Identificar se os RN apresentam estabilidade hemodinâmica quando colocados no SRC —

INFANT CAR SEAT CHALLENGE



Projeto de melhoria da qualidade



NOC - INFANT CAR SEAT CHALLENGE

OBJETIVOS

- Aumentar a segurança do utente com a realização do Infant Car Seat Challenge;
- Uniformizar os cuidados de enfermagem.

População alvo

- RNPT internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e no Serviço de Internamento de Pediatria e Obstetrícia do HSFX



NOC - INFANT CAR SEAT CHALLENGE

Critérios de inclusão

- Idade Gestacional: < 37 semanas;
- Peso ao nascer: < 2,5kg

Quando realizar o teste

- De preferência nas 24h prévias ao dia previsto para a alta;
- Realizar o teste entre 30 a 60 min após a alimentação



NOC - INFANT CAR SEAT CHALLENGE

Critérios de reprovação

- 🌿 SpO2 < 90% por um período $\geq$ 20 segundos;
- 🌿 FC < 80bpm;
- 🌿 Período de apneia $\geq$ 20 segundos.

Medidas a adotar em caso de reprovação no teste

- 🌿 Remover imediatamente o RN do SRC e colocá-lo no berço ou incubadora mantendo a monitorização cardiorrespiratória;
- 🌿 Informar a equipa médica;
- 🌿 Repetir o teste após 24h



NOC - INFANT CAR SEAT CHALLENGE

Medidas a
adotar em
caso de
reprovação
no teste

- Se o RN reprovar duas vezes no teste ponderar a utilização de alcofa para o transporte no carro e repetir o teste na alcofa 24h antes da alta;
- Se o RN tiver indicação médica para utilizar uma alcofa após a alta, marcar uma consulta para repetir o teste antes de mudar de SRC.



NOC - INFANT CAR SEAT CHALLENGE

Procedimento

- ❖ O RN deve realizar o teste no SRC adquirido pelos pais e que irá ser usado após a alta;
- ❖ O SRC usado tem, obrigatoriamente, de ser adequado para o peso do bebê (de acordo com o decreto de lei em vigor e recomendações da marca);
- ❖ O RN deve ser colocado no SRC pelo Enfermeiro;



NOC - INFANT CAR SEAT CHALLENGE

Procedimento

- 🌿 O teste deve ser realizado no mínimo durante 90 minutos.
O tempo máximo de realização do teste é de 2h;
- 🌿 O RN deve ter monitorização cardiorrespiratória contínua;
- 🌿 O enfermeiro deve fazer o registo da FC, FR e SpO2 a cada 15 minutos e quando detetado qualquer evento cardiorrespiratório;



(Davis & Cheo, 2021)

NOC - INFANT CAR SEAT CHALLENGE



Realizar registos no B-Simple:

Diagnóstico: Papel Parental – Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) pai para tomar conta (nec. Especiais);

Intervenção: Ensinar sobre medidas de segurança no transporte do RN:

Realizar registos no S-Clínico:

Diagnóstico: Papel Parental – Potencial para melhorar a capacidade da mãe e (ou) pai para tomar conta (nec. Especiais);

Intervenção: Instruir a mãe e (ou) pai sobre medidas de segurança com dispositivos:

NOC - INFANT CAR SEAT CHALLENGE



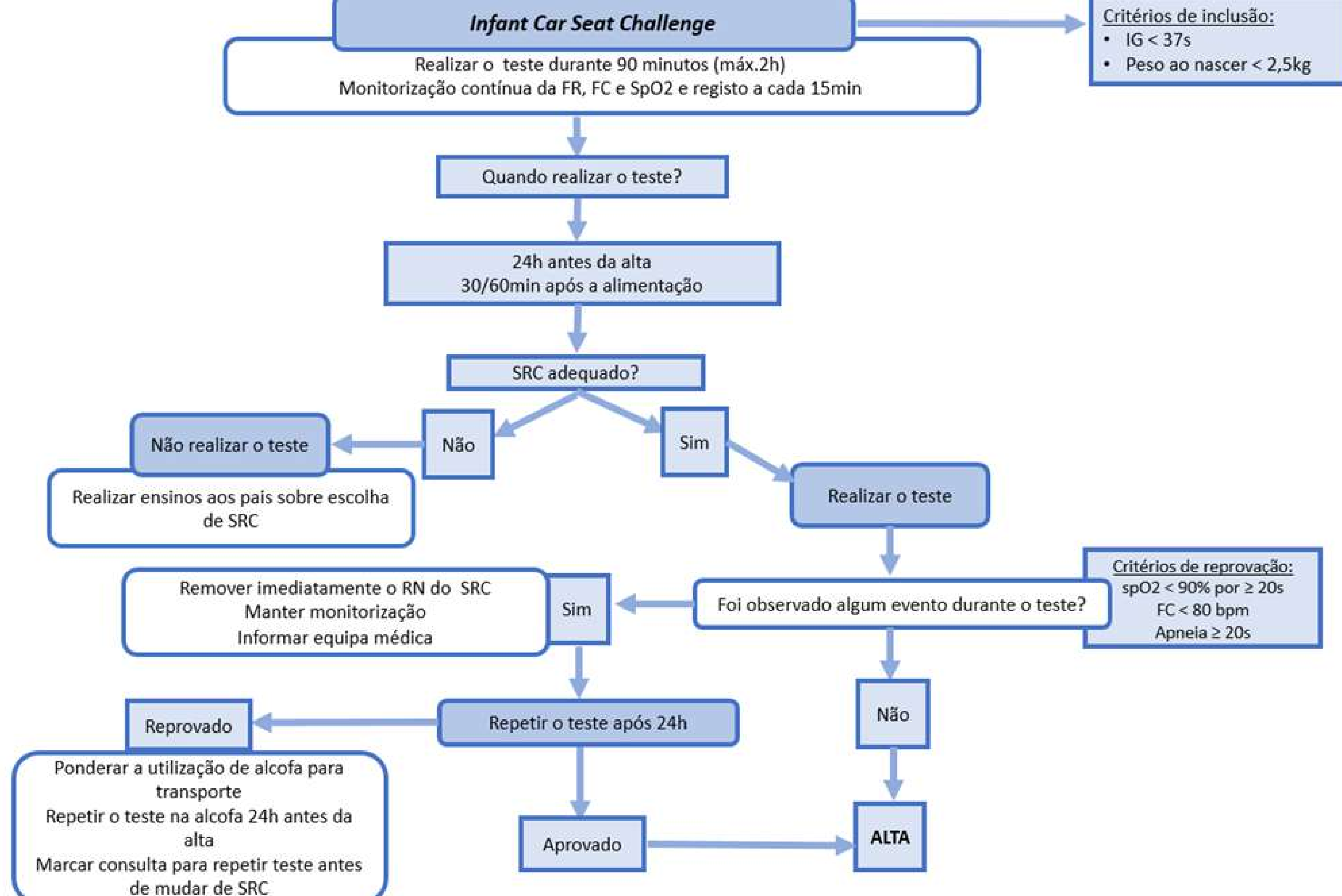
- 🌿 Explicar aos pais em que consiste o teste, como e quando será realizado;
- 🌿 Realizar ensinios sobre a escolha e correta utilização dos SRC, bem como o posicionamento do RN nos mesmos;
- 🌿 Alertar para que, em viagens de carro longas, devem ser realizadas pausas a cada 2h, retirando o bebé do respetivo SRC por um período de 10 a 15 minutos.

NOC - INFANT CAR SEAT CHALLENGE

Registos

- Nome e número mecanográfico do Enfermeiro que realizou o teste;
- FC, FR e SpO2 a cada 15 minutos;
- Tempo de realização do teste;
- Resultado do teste: aprovado ou reprovado;
- Em caso de reprovação, descrever detalhadamente os eventos ocorridos;





Referências Bibliográficas

- 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.
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia Prático para a segurança do doente*. (1a edição). Lidel.
- Bull, M. J. (2020). *Car Seat Tolerance Screening for Late Preterm Infants*. *Pediatrics*, 145(1), e20193369. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3369>
- 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>
- Direção Geral da Saúde (2012). *Promoção da Alta Segura. Relatório. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes*. Lisboa.

Referências Bibliográficas

- 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>
- Magnarelli, A., Shah Solanki, N., & Davis, N. L. (2020). *Car Seat Tolerance Screening for Late-Preterm Infants*. *Pediatrics*, 145(1), e20191703. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1703>
- 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>
- World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Prematuridade*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

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

**Avaliação da Sessão de Formação “*Infant Car Seat Challenge*” –
Unidade de Neonatologia**

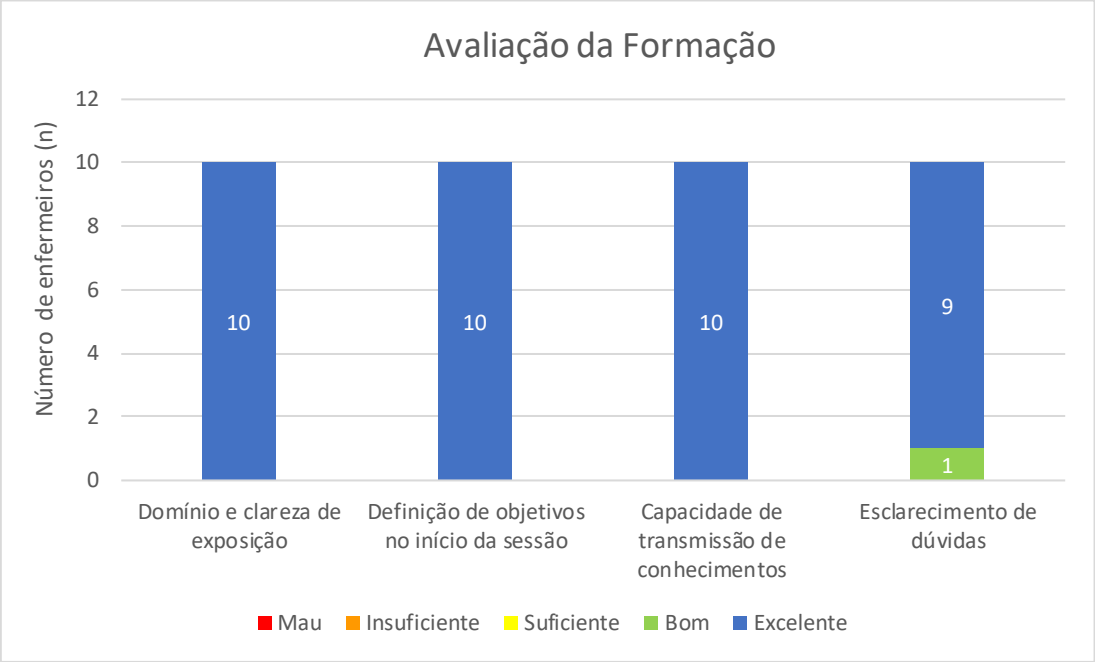


Figura 1: Gráfico representativo da apreciação da formação realizada

Apêndice X – Protocolo de Investigação

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Protocolo de Investigação

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Investigador Responsável: Margarida Damásio Geada da Costa Seoane [REDACTED]

[REDACTED]

Co-Investigadores Responsáveis: [REDACTED]

[REDACTED]

Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues (ESEL).

Tema: Intervenções de Enfermagem Promotoras da Segurança Infantil: Infant Car Seat Challenge

1. Enquadramento

A temática da segurança do doente “é um dos pilares básicos da prática clínica” (Barroso et al., 2021, p. 343) e tem assumido, nos últimos anos, uma enorme relevância, sendo considerada uma prioridade e uma questão global e essencial para garantir sistemas de saúde mais eficientes e melhor qualidade dos cuidados de saúde (Barroso et al., 2021).

Qualidade em saúde pressupõe “atingir os objetivos desejados, tendo em consideração a maximização do bem-estar do doente” (Barroso et al., 2021, p. 3), procurando minimizar a ocorrência de situações de risco e erro, prevenindo danos evitáveis, que podem culminar em morbilidade, invalidez ou fenómenos que acarretam grande sofrimento, para as vítimas e suas famílias (World Health Organization [WHO], 2021).

A temática da segurança deve ser uma preocupação de todos, exigindo esforço e participação ativa de “todas as partes interessadas” (Despacho n.º 9390/2021, 2021 p. 96), não só dos profissionais de saúde (WHO, 2021), que têm a responsabilidade de promover cuidados de saúde seguros, detetar erros e

adotar medidas de melhoria (Barroso et al., 2021; Despacho n.º 9390/2021, 2021), mas também dos pacientes, das suas famílias e das organizações, governamentais e não governamentais (WHO, 2021).

No que concerne à segurança rodoviária, o transporte adequado num Sistema de Retenção para Crianças (SRC) homologado e adaptado ao tamanho e peso (Lei n.º 72/2013, 2022) constitui uma medida obrigatória para todos os recém-nascidos (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 (Smola et al., 2020). Desta forma, a temática da segurança, com foco no transporte seguro, é uma área de elevada importância e que deve ser abordada com os pais, o mais precocemente possível (Direção Geral da Saúde [DGS], 2012) e sempre que seja oportuno ou necessário.

Os RN, pelas suas características e vulnerabilidade, dependem dos adultos para assegurarem os seus direitos, nomeadamente o direito à segurança e saúde (DGS, 2012). Neste sentido, a promoção da segurança começa pela educação da população, nomeadamente dos pais, aumentando os seus níveis de literacia, capacitando-os para tomarem as melhores decisões e otimizarem os recursos da família.

Neste âmbito de atuação, é indiscutível a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), assente nos Cuidados Centrados na Família (CCF) 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 Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, referencial teórico que sustenta este projeto, permite ao Enfermeiro intervir no sentido do desenvolvimento de comportamentos promotores da saúde (Santi et al., 2023).

Este modelo reconhece a pessoa como um ser biopsicossocial, parcialmente moldado pelo ambiente, permitindo explicar e prever determinados comportamentos de saúde, procurando motivar as pessoas a adotarem comportamentos promotores de saúde (Aqam & Darawwad, 2018).

Não há dúvida de que os pais são fundamentais, na medida em que constituem os principais responsáveis do cuidado aos seus filhos (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015). Neste sentido, trabalhar em parceria com as famílias é imprescindível à nossa prática, pois permite conhecê-las, às suas dinâmicas, aos seus receios, às suas forças e fragilidades, impregnando cada contacto com a filosofia dos CCF, no sentido de as empoderar para promover o crescimento e desenvolvimento saudáveis e seguros da criança.

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 Recém-Nascido Prematuro (RNPT), com as suas especificidades e vulnerabilidades, o desafio não só é maior como está associado a sentimentos como ansiedade, medo e insegurança (Haward et al., 2020; OE, 2015).

A prematuridade é responsável pelo maior número de internamentos em UCIN, sendo a imaturidade respiratória, característica dos RNPT e recém-nascidos de baixo peso (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 idade gestacional (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 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), 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 & American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2017; Costa et al., 2020; Davis & Shah, 2018; SPN, s.d., Srisikandarajah et al., 2022).

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 morbilidade e mortalidade superior aos RN de termo, pela sua imaturidade fisiológica e metabólica (Sociedade Portuguesa de Neonatologia [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 morbilidades 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; Srisikandarajah 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 n.º 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 (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). 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 enfermeiro 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 3 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, 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 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 (SU) (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 morbidades 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 4 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).

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 enfermeiros. 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 nº 140/2019, 2019, p.4746).

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a viabilidade e o processo de implementação do ICSC no Internamento de Pediatria, Internamento de Obstetrícia e Unidade de Neonatologia da [REDACTED]

2.2. Objetivos Específicos

- Avaliar a ocorrência de eventos cardiorrespiratórios associados ao ICSC;
- Monitorizar o cumprimento do protocolo pelos profissionais de saúde;
- Avaliar as experiências dos profissionais de saúde relativamente à implementação do protocolo;
- Avaliar as experiências dos pais relativamente à implementação do protocolo.

3. Metodologia

- Estudo observacional descritivo misto realizado nos serviços de Neonatologia, Internamento de Pediatria e Obstetrícia da [REDACTED]
- Aplicação do Procedimento Setorial a todos os RN com idade inferior a 37 semanas e/ou peso inferior a 2500g, nas 24 horas prévias à alta;
- Registos em documento próprio (Apêndice I);
- Focus group/ entrevistas (Profissionais de Saúde e Pais).

4. Resultados previstos

- Evidência de eventos cardiorrespiratórios em RNPT e/ou RNBP, quando colocados em SRC adequado à sua idade e peso, num período entre 90 a 120 minutos;
- Informação relativamente à percepção dos profissionais de saúde e pais que permita otimizar o processo de implementação do ICSC.

5. Principais limitações

- Recolha de dados - depende da disponibilidade dos investigadores e colaboração/motivação da equipa de enfermagem dos diversos serviços:
 - Envolvimento de elos em cada serviço com maior interesse pela área da investigação e segurança.
- Viés na interpretação do protocolo de atuação:
 - Realização de sessões de esclarecimento em todos os serviços e acompanhamento regular pelas investigadoras;
 - Promoção da realização do teste pelas investigadoras ou sob supervisão das mesmas.

6. Bibliografia

- 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.
- Aqdam, 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>
- 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
- Behr, J. H. (2024). *The High-Risk Newborn and Family* (12ª). Elsevier.
- 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>
- 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>
- 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>
- Despacho n.º 9390/2021, Despacho n.º 9390/2021, 2ª série (2021).
- Direção Geral da Saúde. (2012). *Promoção da Alta Segura. Programa Nacional da Prevenção de Acidentes. Direção Geral da Saúde, Lisboa.*
- 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>
- 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*.
- 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>
- Haward, M. F., Lantos, J., Janvier, A., & for the POST Group. (2020). Helping Parents Cope in the NICU. *Pediatrics*, 145(6), e20193567.
<https://doi.org/10.1542/peds.2019-3567>
- 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>
- 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>
- 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).

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática—Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*.
- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. do C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª edição). LIDEL.
- Regulamento nº 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Nº 26 de 06-02-2019, 4744–4750*. Diário da República, 2ª série.
- Regulamento nº 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.
- 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>
- 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, 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.
- 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*.

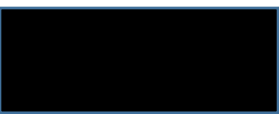
- Sriskandarajah, K., Nicholl, R., & Obayomi, J. (2022). 196 Car-seat challenge in infants discharged from NNU. *British Association of Perinatal Medicine and Neonatal Society*, A135.1-A135. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2022-rcpch.219>
- World Health Organization. (2019). *Survive and thrive: 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. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Preterm birth*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Apêndice I – Grelha de colheita de dados

Serviço:

Identificação do RN (Iniciais do nome completo)	Data teste	Peso e IG	Peso e IC	Diagnósticos/ malformações	Oxigenoterapia/ Suporte ventilatório à data da alta			Algum evento observado		Minuto de ocorrência do evento	Caraterização do evento	Tipo de SRC	Este teste é uma repetição		Na 2ª repetição quais as medidas adotadas
					Sim	Não		Sim					1ª	2ª	
					Sim	Não		Sim					Sim	Não	
					O quê			Não					1ª	2ª	
					Sim	Não		Sim					Sim	Não	
					O quê			Não					1ª	2ª	
					Sim	Não		Sim					Sim	Não	
					O quê			Não					1ª	2ª	
					Sim	Não		Sim					Sim	Não	
					O quê			Não					1ª	2ª	
					Sim	Não		Sim					Sim	Não	
					O quê			Não					1ª	2ª	
					Sim	Não		Sim					Sim	Não	

Apêndice XI – Folha de passagem de turno



Folha passagem turno - UCEP												
Identificação				Situação atual	Antecedentes	Avaliação						Recomendações
Enfê Emissor	Enfê Recetor	Unidade	Dados Utente	Admissão	Antecedentes Relevantes	Neuro	Pele	Respiração/ Ventilação	Medicação/ Hemodinâmica	Alimentação	Eliminação	Plano/Outros
		1	Nome: JMV N.P: Idade: 1 mês e 3 semanas (IC: 2 semanas) Dia UCEP: 2º Peso: 3020g Contacto pais: 923614778 (MV)	Data: 7/02/23 Hora: 22h Motivo: SDR + hipoxémia Bronquiolite aguda a VSR + Análises 7/2 e painel de vírus (VSR +)	Prematuridade tardia 35s+1d RCF (peso nascimento: 2400g) Internamento D1 a D7 na UCIN por SDR precoce (AF 2 dias) Faz vigantol (1 gota 1x dia), dragavit (12 gotas 1 x dia) e ferro (3 gotas) Isolamento gotículas	Calmo A/R Períodos agitação por secreções	Rosado/ Hidratado	CPAP (PEEP 6) FiO2 30% (Sat.> 92%) ↓SpO2 à desconexão e quando agitado Taquipneia e tiragem global Aspiração de secreções 3h/3h Sec.: SEsp/Br/+++	FC 120-140bpm MAP 45-50mmHg FR 70 cpm CVP mão esq. Obt Paracetamol EV SOS (50mg) Último pico febril 23h 7/02 Suspendeu ferro Vigantol (1 gota 1x dia – 12h) Dragavit (12 gotas 1x dia – 12h)	SOG nº 6 (nível 17) 45ml LM/ LA - 3h/3h	Micções Dej: M 8/2	Mãe presente, troca a fralda e colabora na prestação de cuidados. ECO TF 12/2/23 Consulta RN prematuro 20/2/23
		2	Nome: N.P: Idade: Dia UCEP: Peso: Contacto pais:	Data: Hora: Motivo:								
		3	Nome: N.P: Idade: Dia UCEP: Peso: Contacto pais:	Data: Hora: Motivo:								
		4	Nome: N.P: Idade: Dia UCEP: Peso: Contacto pais:	Data: Hora: Motivo:								

Legenda: NP - Número Processo; Neuro – Neurológico



		5	Nome: N.P: Idade: Dia UCEP: Peso: Contacto pais:	Data: Hora: Motivo:							
		6	Nome: N.P: Idade: Dia UCEP: Peso: Contacto pais:	Data: Hora: Motivo:							
		7	Nome: N.P: Idade: Dia UCEP: Peso: Contacto pais:	Data: Hora: Motivo:							
		8	Nome: N.P: Idade: Dia UCEP: Peso: Contacto pais:	Data: Hora: Motivo:							

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

Unidade de Neonatologia

QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE

IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DO RECÉM-NASCIDO



Professora Orientadora:
Professora Sónia Patrícia Borges
Rodrigues

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular Estágio com Relatório
Margarida Seoane (aluna nº11590)

**Enfermeira Orientadora
(EEESIP):**

31/10/2023

OBJECTIVOS

- Garantir a segurança dos recém-nascidos (RN) na unidade de Neonatologia do [REDACTED]
- Definir o processo para a identificação inequívoca do RN com o fim de evitar erros associados à prestação de cuidados;
- Informar os profissionais de saúde do serviço de Neonatologia sobre o uso correto da pulseira de identificação.

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Utilizar sempre mais do que um dado de identificação inequívoca. **Nunca** deve ser utilizada a idade, diagnóstico, número da cama ou do quarto para identificar o utente;
- As pulseiras de identificação constituem um equipamento de segurança do utente, permitindo minimizar situações de risco;
- A identificação **incorreta** do utente pode resultar na troca de tratamentos invasivos ou potencialmente perigosos, como são exemplos a troca de medicação, de transfusões de sangue, de análises clínicas e de intervenções cirúrgicas.

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Quando se utiliza a pulseira como meio de identificação, esta deve ser consultada antes de qualquer procedimento, sendo necessário que haja uma validação dos dados inscritos antes da sua colocação;
- Devem ser efetuadas, anualmente, auditorias ao cumprimento da identificação inequívoca dos utentes.



CARACTERÍSTICAS DAS PULSEIRAS DE IDENTIFICAÇÃO

- Cor branca;
- Material antialérgico e inócuo para o utente;
- Flexíveis e cómodas, sem arestas ou bordos cortantes, resistentes à água, à tensão, ao calor, a desinfetantes hospitalares à base de álcool e iodo e às lavagens;
- Utilização de uma esponja protetora; 
- As pulseiras suportam a informação de identificação fidedigna;
- São térmicas e possuem códigos de barras que podem ser utilizados se existirem leitores e programação para o efeito;
- São de tamanho ajustável.

COLOCAÇÃO DA PULSEIRA

- Quando o recém-nascido é internado na unidade de neonatologia, o processo vem acompanhado da respectiva pulseira de identificação inequívoca;
- Não assumir que o RN que está em determinada unidade é o RN certo;
- Colocar a pulseira de identificação inequívoca no RN (realizado pelo enfermeiro responsável pela admissão), após verificar se os dados constantes na mesma estão corretos;

COLOCAÇÃO DA PULSEIRA

- Colocar a pulseira num dos membros (preferencialmente no pulso ou tornozelo) do RN (em todos os RN da sala de intermédios);
- Quando, por motivos clínicos, o RN não puder usar pulseira de identificação (RN na unidade de cuidados intensivos) a pulseira de identificação inequívoca deve ser fixa na face interna lateral da incubadora;
- Colocar a pulseira de identificação inequívoca sobre a proteção de esponja;
- Colocar a pulseira de modo a que a mesma possa ser lida corretamente e tenha folga suficiente para não poder sair ou garrotar o local;

ESTRATÉGIAS PARA IDENTIFICAÇÃO POSITIVA DO RN

- Confirmar os dados com os pais/cuidadores e através do sistema *b-simple*, antes de qualquer cuidado ou procedimento;
- Explicar aos pais/cuidadores do RN porque devem manter a pulseira colocada até à alta.
- Verificar continuamente a integridade da pele do membro no qual a pulseira de identificação inequívoca no RN está colocada;
- Trocar a pulseira de identificação inequívoca no RN sempre que a pele não se encontre integra;
- Trocar a pulseira de identificação inequívoca no RN sempre que o RN é registado e deixa de ser “filho/a de”
- Utilizar sempre mais do que um dado de identificação inequívoca.

SITUAÇÕES PARA IDENTIFICAÇÃO POSITIVA DO RN

- Realização de exames complementares de diagnóstico;
- Antes da colheita de sangue ou de outros espécimes para análise;
- Administração de medicamentos, sangue ou componentes de sangue;
- Antes e depois de qualquer ato cirúrgico;
- Antes de qualquer procedimento invasivo;
- Na transferência de um RN dentro do [REDACTED];
- Antes de procedimentos vários (ex: administração de alimentação entérica e parentérica, entre outros);
- Na alta ou transferência para outra unidade hospitalar;
- No óbito.

SITUAÇÕES PARA IDENTIFICAÇÃO POSITIVA DO RN

- Em caso de transferência para outra instituição/serviço deve ser mantida a pulseira;
- Em caso de óbito a pulseira de identificação deve ser mantida e confirmada;
- Em casos excepcionais, nos RN que não tenham documentação e seja impossível conhecer a sua identidade deve colocar-se nos dados da pulseira:
DESCONHECIDO/sexo/data de nascimento/ nº hospitalar/ nº episódio.

SUBSTITUIÇÃO DA PULSEIRA

- Quando danificada;
- A pulseira ao ser retirada deve ser cortada de forma a invalidar os dados impressos do RN;
- Em caso de alta a pulseira deve ser retirada e destruída ou entregue aos pais, antes da saída do RN do serviço.

IMPRESSO AUDITORIA INTERNA

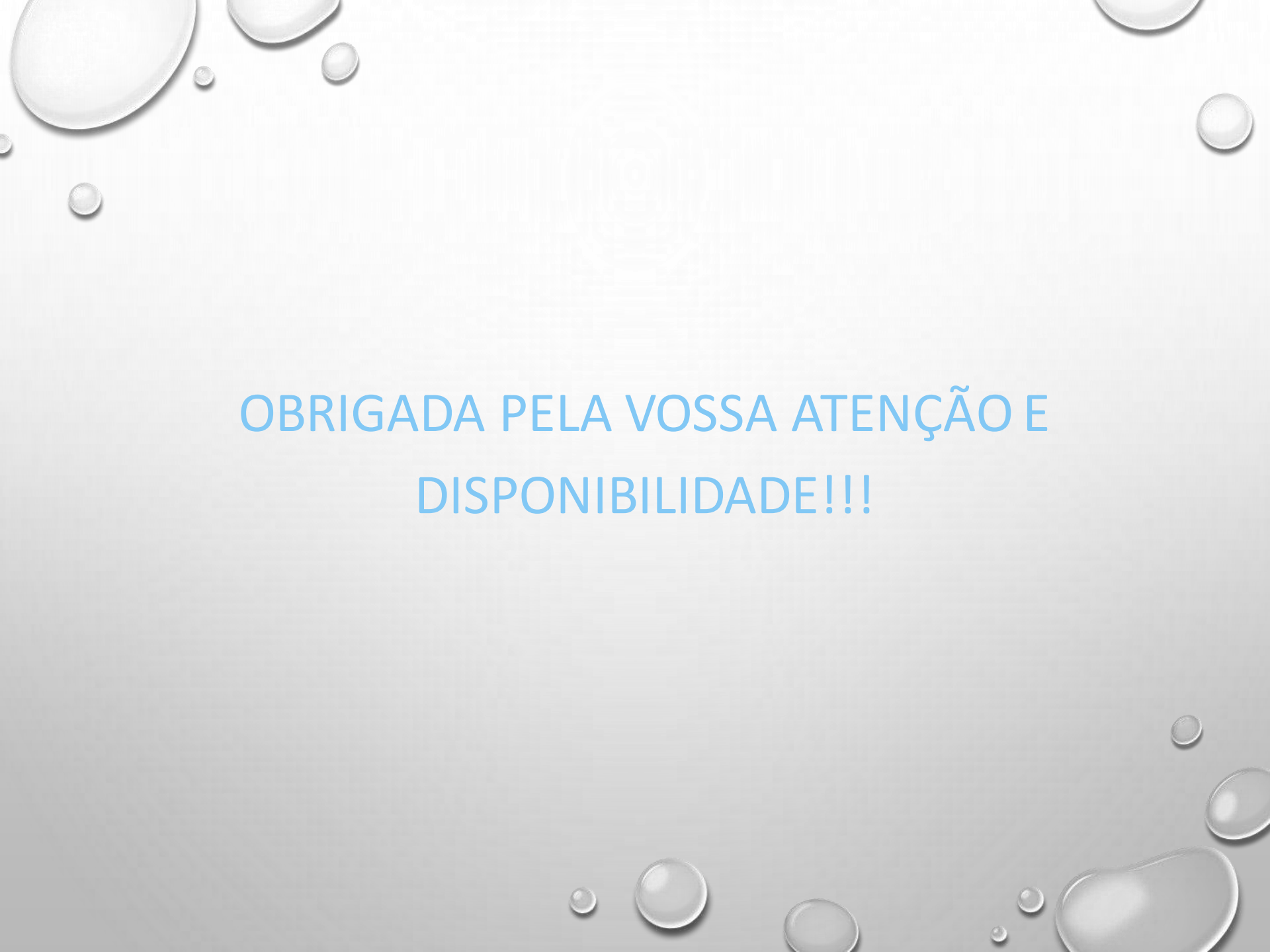
Etiqueta de identificação

IMPRESSO DE AUDITORIA INTERNA			
TEMA: IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DOS UTENTES			
DATA:		HORA:	
O utente tem pulseira de identificação?	SIM	NÃO	N/A
Se <u>não</u> tem qual o motivo?			
Esquecimento			
Não foi substituída após ser retirada			
Outro			
A pulseira contém dados legíveis	SIM	NÃO	N/A
O nome que consta da pulseira está de acordo com o do processo?			
A data de nascimento que consta da pulseira está de acordo com a do processo?			
Os dados foram confirmados verbalmente com os pais do bebé? (Nome completo e data de nascimento)			
MOMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DO UTEENTE			
Realização de exames complementares de diagnóstico			
Antes da colheita de sangue ou de outras espécimes para análise			
Administração de medicamentos, sangue ou seus componentes			
Antes de qualquer procedimento invasivo			
Antes e depois de qualquer ato cirurgico			
Antes da administração de leite			
Na transferência do utente			
Na alta			
No óbito			
Observações:			

BIBLIOGRAFIA

DGS (2011) – Orientação n.º 018/2011 de 23 de março - *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*, DGS. Disponível em: <https://www.Dgs.Pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.Aspx>

Grupo gestão de risco do [REDACTED] (2017) instrução de trabalho: identificação inequívoca dos utentes.

The background is a light gray gradient. It is decorated with several realistic water droplets of various sizes, some clustered in the top-left and bottom-right corners. In the upper center, there is a faint, circular, embossed-style logo that appears to be a crest or seal.

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO E
DISPONIBILIDADE!!!

Apêndice XIII – Sessão de Formação: Segurança do doente



SEGURANÇA DO DOENTE

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

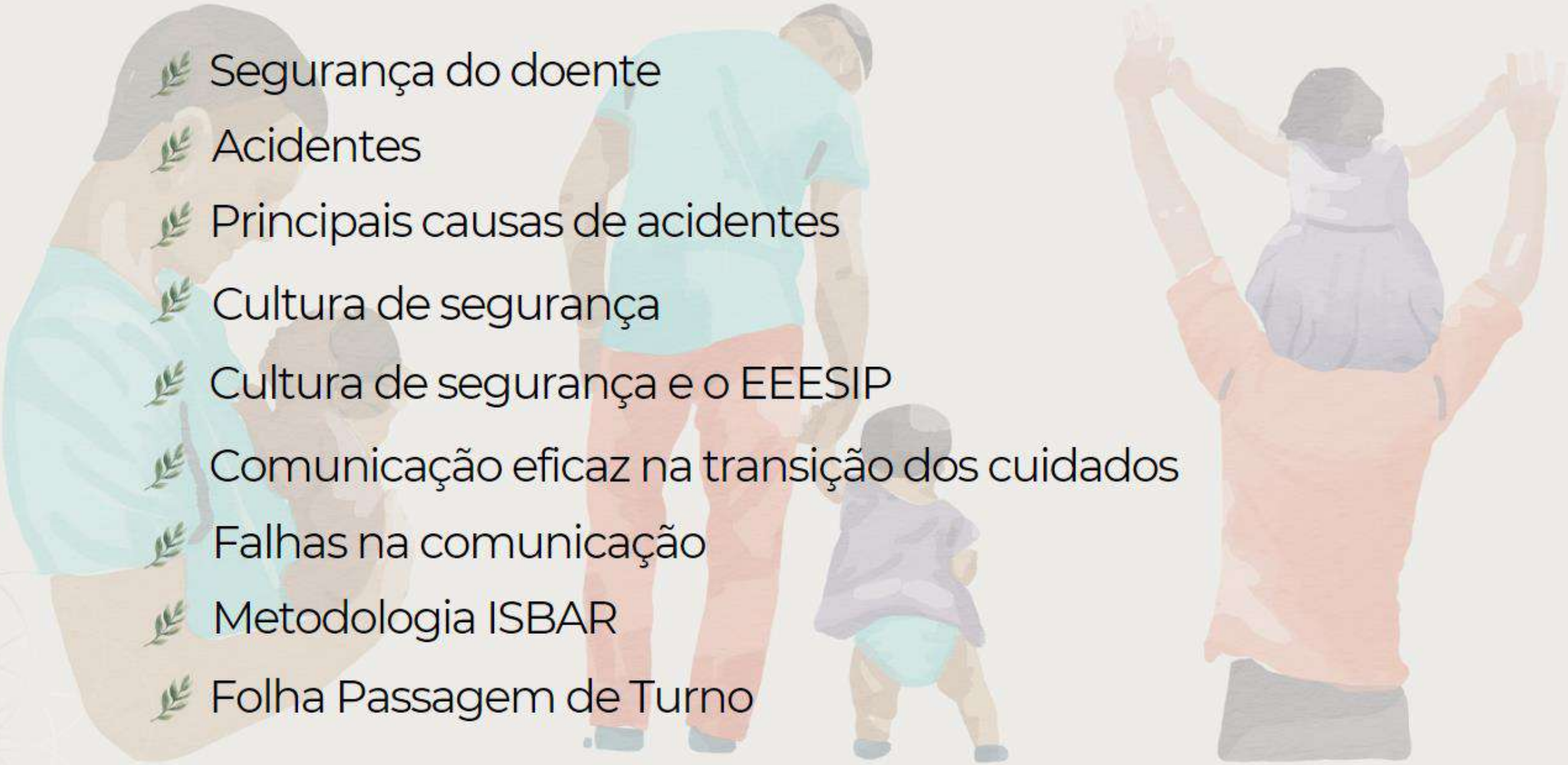
Elaborado por Margarida Seoane (aluna nº11590)

fevereiro 2024

Enfermeiro Orientador:
(Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica)

Docente Orientador: Sónia Borges Rodrigues

Sumário

- 
- Segurança do doente
 - Acidentes
 - Principais causas de acidentes
 - Cultura de segurança
 - Cultura de segurança e o EEESIP
 - Comunicação eficaz na transição dos cuidados
 - Falhas na comunicação
 - Metodologia ISBAR
 - Folha Passagem de Turno



Segurança do doente

“(…) um dos pilares básicos da prática clínica”

(Barroso et al., 2021, p. 343)



Objetivo

“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”

(Direção Geral da Saúde, 2022, p.17)

Acidentes



Motivo frequente de recurso ao SUP



Muitas vezes evitáveis

Uma das principais causas de morte das crianças e jovens em Portugal a partir do 1º ano de vida

2ª principal causa de morte entre os 5 e os 14 anos de idade e a 1ª a partir dos 15 anos

2012-2020

Morreram em média, em Portugal, 66 crianças por ano, por acidente, desde o nascimento até aos 19 anos

2000-2021

Quase 150mil crianças e jovens foram internados na sequência de um acidente

2013-2021

200 mil chamadas de emergência reencaminhadas para o CODU devido a acidentes

Principais causas de acidentes

Acidentes Rodoviários

- > Topo do nº de mortes acidentais (apr. 60%)
- > 2ª maior causa de internamentos sendo maior o nº em jovens dos 15 aos 18 anos

Afogamentos

- > 2ª causa quando consideramos todas as crianças
- > Maior nº de internamentos dos 0-4 anos

Sufocação, Asfixia e Estrangulamento

- > 3ª causa de morte acidental quando se consideram todas as crianças
- > 1ª causa de morte no 1º ano de vida
- > Maior nº de internamentos dos 0-4 anos

Quedas

- > Maior nº de internamentos até aos 18 anos (70%)
- > O nº de internamentos é maior entre os 5-9 anos e os 10-14 anos

Principais causas de acidentes

Intoxicações



3ª causa de internamento dos 0-4 anos e dos 15 aos 18 anos

Corpos/objetos estranhos



2ª causa de internamento dos 0-4 anos



3ª causa de internamentos se considerarmos todas as idades

Cultura de Segurança

Incidentes relacionados com a prática



Envolver as famílias, crianças e jovens na cultura de segurança



Literacia em Saúde

Educação para a saúde

Formação de Profissionais de Saúde no âmbito da segurança do doente

Base que sustenta este pilar

Cultura de Segurança e o EEESIP

Intervenção privilegiada e fundamental

Cuidados Centrados na Família

Orientações antecipatórias

Promoção da saúde

Promoção do Crescimento e Desenvolvimento Infantil

(Regulamento n.º 422/2018, 2018)



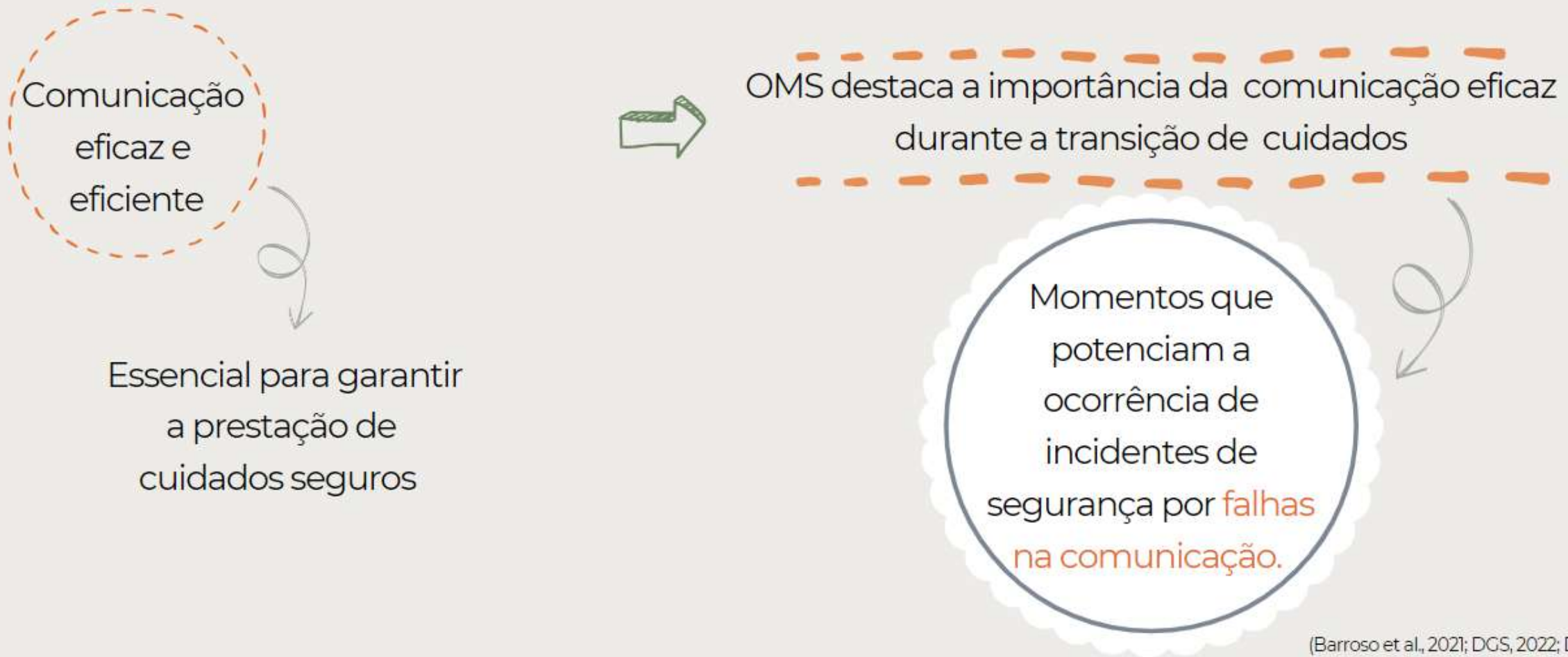
“(...) assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde (...) como a prevenção de acidentes”

(Fischer, 2019, p.21)

Comunicação eficaz na Transição de Cuidados



Comunicação eficaz na Transição de Cuidados

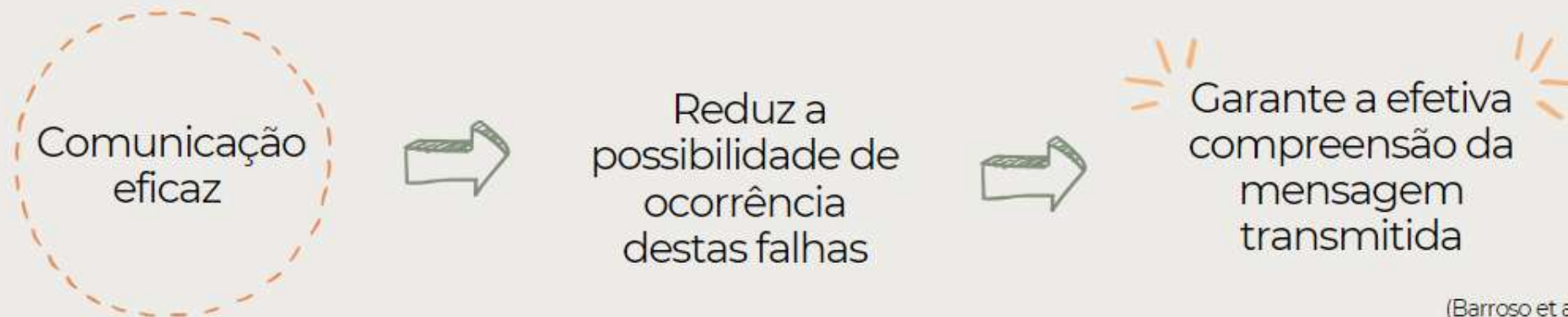


Falhas na Comunicação



➡ Comprometem a segurança do doente

➡ São um dos principais fatores contribuintes para a ocorrência de eventos adversos



Metodologia ISBAR

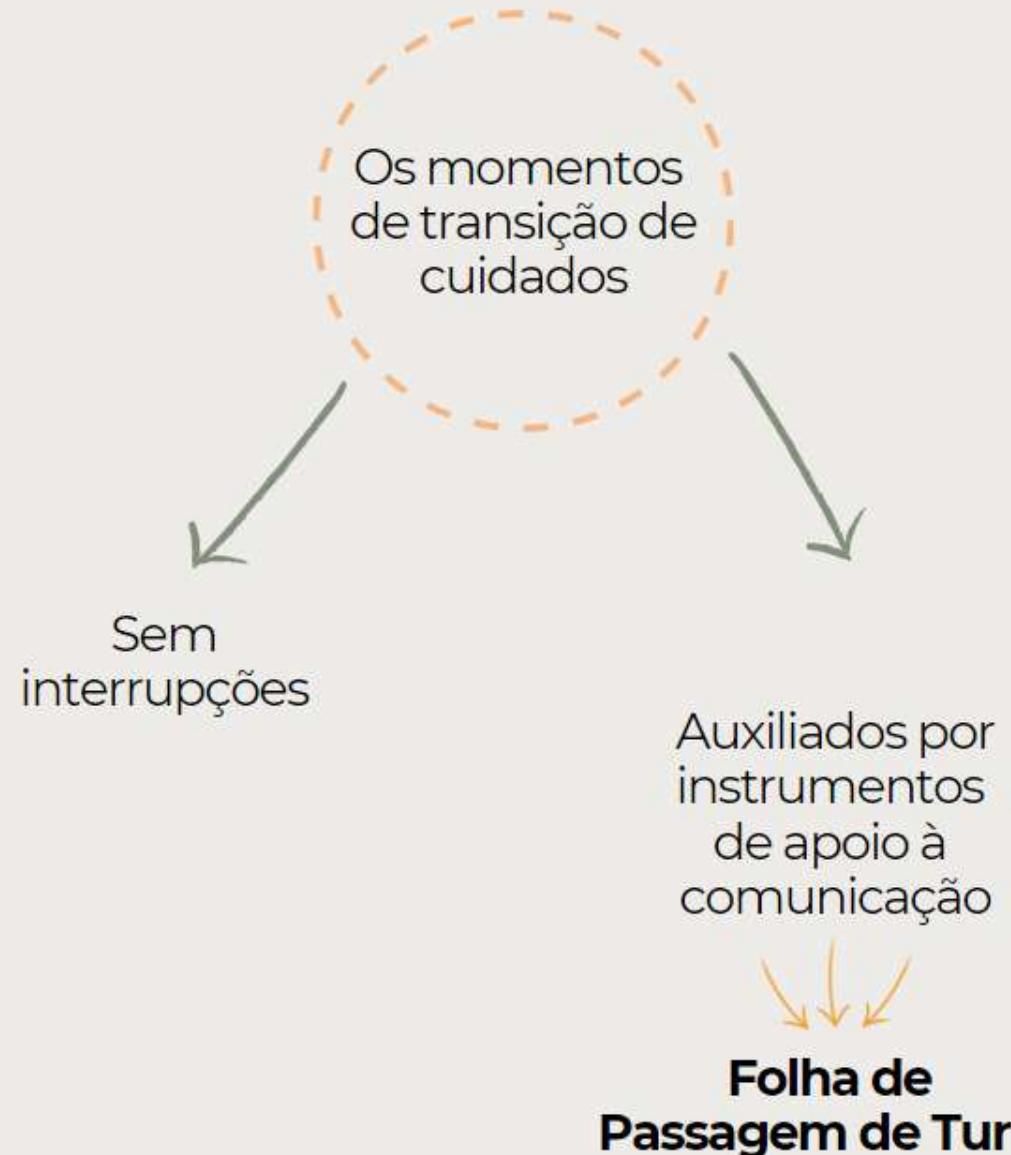
Identify (Identificação)

Situation (Situação atual)

Background (Antecedentes)

Assessment (Avaliação)

Recommendation (Recomendações)



Folha de Passagem de Turno

Folha passagem turno - UCEP												
Identificação			Situação atual	Antecedentes	Avaliação						Recomendações	
Enf Emissor	Enf Receptor	Unidade	Dados Utente	Admissão	Antecedentes Relevantes	Neuro	Pele	Respiração/ Ventilação	Medicação/ Hemodinâmica	Alimentação	Eliminação	Plano/Outros
		1	Nome: N.P: Idade: Dia UCEP: Peso: Contacto pais:	Data: Hora: Motivo:								
		2	Nome: N.P: Idade: Dia UCEP: Peso: Contacto pais:	Data: Hora: Motivo:								
		3	Nome: N.P: Idade: Dia UCEP: Peso: Contacto pais:	Data: Hora: Motivo:								
		4	Nome: N.P: Idade: Dia UCEP: Peso: Contacto pais:	Data: Hora: Motivo:								

Folha de Passagem de Turno

Identificação

Identificação			
Enfº Emissor	Enfº Recetor	Unidade	Dados Utente
		1	Nome: N.P: Idade: Dia UCEP: Peso: Contacto pais:

Identificação do Profissional de Saúde emissor e recetor

Identificação do doente

Identificação da pessoa de referência

Folha de Passagem de Turno



Situação atual
Admissão
Data:
Hora:
Motivo:

Data e hora de admissão

Motivo atual da necessidade de cuidados de saúde

MCDT realizados ou a realizar

Folha de Passagem de Turno



Antecedentes
Antecedentes Relevantes

Antecedentes clínicos

Alergias conhecidas ou a sua ausência

Hábitos relevantes

Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma

Técnicas invasivas realizadas

Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar

Identificação da situação social e da capacitação do cuidador

Folha de Passagem de Turno



Avaliação

Avaliação					
Neuro	Pele	Respiração/ Ventilação	Medicação/ Hemodinâmica	Alimentação	Eliminação

Problemas ativos

Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída

Alterações significativas do estado de saúde e avaliação da eficácia das medidas implementadas

Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas

Folha de Passagem de Turno



Recomendações

Recomendações
Plano/Outros

Indicação do plano de continuidade de cuidados

Informação sobre consultas e MCDT agendados

Identificação de necessidades do cuidador informal

Folha passagem turno - UCEP

Folha passagem turno - UCEP												
Identificação				Situação atual	Antecedentes	Avaliação						Recomendações
Enfº Emissor	Enfº Recetor	Unidade	Dados Utente	Admissão	Antecedentes Relevantes	Neuro	Pele	Respiração/ Ventilação	Medicação/ Hemodinâmica	Alimentação	Eliminação	Plano/Outros
		1	Nome: ██████████ N.P: ██████████ Idade: 1 mês e 3 semanas (IC: 2 semanas) Dia UCEP: 2º Peso: 3020g Contacto pais: ██████████	Data: 7/02/23 Hora: 22h Motivo: SDR + hipoxémia Bronquiolite aguda a VSR + Análises 7/2 e painel de vírus (VSR +)	Prematuridade tardia 35s+1d RCF (peso nascimento: 2400g) Internamento D1 a D7 na UCIN por SDR precoce (AF 2 dias) Faz vigantol (1 gota 1x dia), dragavit (12 gotas 1 x dia) e ferro (3 gotas) Isolamento gotículas	Calmo A/R Períodos agitação por secreções	Rosado/ Hidratado	CPAP (PEEP 6) FiO2 30% (Sat.> 92%) ↓SpO2 à desconexão e quando agitado Taquipneia e tiragem global Aspiração de secreções 3h/3h Sec.: SEsp/Br/+++	FC 120-140bpm MAP 45-50mmHg FR 70 cpm CVP mão esq. Obt Paracetamol EV SOS (50mg) Último pico febril 23h 7/02 Suspendeu ferro Vigantol (1 gota 1x dia – 12h) Dragavit (12 gotas 1x dia – 12h)	SOG nº 6 (nível 17) 45ml LM/ LA - 3h/3h	Micções Dej: M 8/2	Mãe presente, troca a fralda e colabora na prestação de cuidados. ECO TF 12/2/23 Consulta RN prematuro 20/2/23
			Nome:	Data:								

Referências Bibliográficas

APSI (Ed.). (2022). Relatório de Avaliação 30 anos de Segurança Infantil em Portugal 2022

Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). Guia Prático para a segurança do doente. (1a edição). Lidel.

Direção Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (001/2017).

Direção Geral da Saúde. (2022). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026.

Fischer, S. (2019). Convenção sobre os direitos da criança e Protocolos Facultativos. (unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf). UNICEF. unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

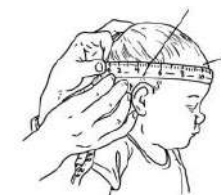
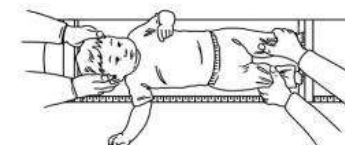
Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, 2.ª série—N.º 133—12 de julho de 2018. Ordem dos Enfermeiros.



Apêndice XIV – Planeamento de consultas de Saúde Infantil e
Juvenil

1ª Consulta de Enfermagem. Recém-nascido no 4º dia de vida

Parto	• Tipo de parto; • Idade gestacional; • Índice de Apgar; • Intercorrências (por exemplo, asfixia perinatal); • Antropometria ao nascimento (peso, comprimento e perímetro cefálico).
Antropometria	• Peso; ◦ Perda ponderal até 10% do peso de nascimento. ◦ Se perda ponderal de 10-12%: ▪ Verificar adaptação ao aleitamento materno (averiguar método, corrigir posicionamento, avaliar a interação mãe-bebê e ajudar a reduzir a ansiedade materna) ▪ Reforço dos sinais de alerta de amamentação ineficaz; ▪ Reavaliação ponderal em 24-48h; ▪ Ponderar início de suplementação. ◦ Se perda de peso $\geq 12\%$: ▪ Referenciação ao SU hospitalar • Comprimento;



Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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.*

	• IMC/Percentil; • Perímetro cefálico <u>Nota:</u> Ver relação com os valores do nascimento
Pele	• <u>Alterações fisiológicas do recém-nascido:</u> lesões traumáticas (caput succedaneum, cefalohematoma, bolhas de sucção); fenómenos vasculares (acrocianose, rubor generalizado, cútis marmorata fisiológica, coloração Harlequin, manchas salmão); alterações da pigmentação (manchas mongólicas, hiperpigmentação epidérmica transitória, nomeadamente dos órgãos genitais externos); • <u>Alterações das mucosas</u> (quistos epidérmicos gengivais e palatinos); • <u>Alterações hormonais</u> (hiperplasia sebácea, acne neonatal); • <u>Outras alterações</u> (falsa unha encravada, coiloníquia, linhas de Beau, quistos de mília). • <u>Alterações transitórias do recém-nascido:</u> eritema tóxico do recém-nascido; pustulose melânica neonatal transitória; acropustulose da infância; pustulose cefálica transitória; miliária; necrose do tecido celular subcutâneo
Cabeça	• Tamanho e forma • Avaliação da fontanela anterior e posterior (dimensões e pulsatilidade) • Pesquisa de dismorfias (ex. baixa implantação dos pavilhões auriculares)
Visão	• Pálpebras e exame ocular externo (com medição da córnea) • Reflexo pupilar vermelho: avaliar cor, brilho e simetria

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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.*

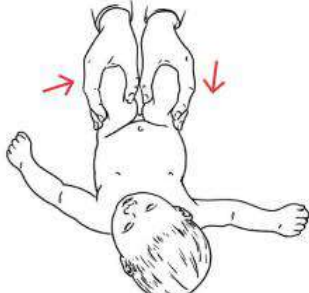
	• Fixação • Seguimento (olho de boi) <u>Alertas:</u> prematuridade; “olhos grandes”; leucocória (Ver critérios de referência à Oftalmologia)
Audição	• Verificar se fez o rastreio auditivo neonatal universal (RANU) e se foi registada data (ao nascer ou até máximo 30 dias de vida), resultado obtido ou eventual necessidade de repetição. • Assusta-se com som forte • Avaliar comportamento do lactente em resposta a sons altos e súbitos (por ex. bater palmas, fechar subitamente a porta, roca/sinos): ◦ Reação válida: piscar os olhos, franzir sobrelhas, midríase, entre outros. <u>Nota:</u> Ver Indicadores de Risco para a Surdez
Cavidade oral	• Pesquisar fendas palatinas, freios curtos da língua ou lábio.
Palpação abdominal, avaliação do cordão umbilical	• <u>Sinais de alarme:</u> rubor em redor do umbigo; cheiro fétido; corrimento ou sangramento (exceto se em pequena quantidade durante processo de mumificação e dois ou três dias após a queda do coto umbilical). • Aumento do fígado ou baço, massas e hérnias.
Coração	• Pesquisa de sopros e pulso femorais
Coluna	• Defeitos tubo neural;

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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.*

	• Mielomeningocelo; • Fosseta sacro-coccígea.
Avaliação da região genital	• Pesquisa de coalescência de pequenos lábios nas meninas; • Pesquisa dos testículos das bolsas escrotais • Pesquisa de eventuais hérnias inguino-escrotais <u>Nota:</u> Ver idades ótimas para cirurgia
Anca	• Manobras de Ortolani e Barlow; • Limitação da abdução das ancas.  Ortolani manoeuvre  Barlow manoeuvre <u>Nota:</u> Ver protocolo de rastreio de Displasia de Desenvolvimento da Anca

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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.*

Exame neurológico sumário	Avaliar em decúbito ventral, decúbito dorsal, tração, apoiado em posição sentada e em suspensão ventral, com pesquisa de reflexos arcaicos (Moro, sucção, pontos cardeais, preensão palmar e marcha automática).
Rastreios	- Realizar rastreio neonatal metabólico (colheita da amostra entre o 3º e o 6º dia de vida) <u>Explicar em que consiste o rastreio neonatal:</u> - Permite o rastreio de 24 doenças hereditárias do Metabolismo, o Hipotireoidismo Congénito e a Fibrose Quística. - Realizado entre o 3º e o 6º dia de vida - Faz-se uma ou duas picas no calcanhar para colher sangue para um papel específico e enviado depois para o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. - Os pais só serão contactados se as análises não forem normais ou se houver necessidade de qualquer confirmação laboratorial. - Os pais podem ver os resultados no site www.diagnosticoprecoce.pt ou www.insa.pt e introduzir o código anexo à ficha <u>Verificar se realizou:</u> - Rastreio de cardiopatia congénita por oximetria de pulso; - Rastreio oftalmológico neonatal; - Rastreio da retinopatia da prematuridade às 31-33 semanas de IG ou 4-6 semanas de vida, o que ocorrer mais tarde (se: recém-nascido com IG < 32 semanas ou peso ao nascimento (PN) < 1500g; recém-nascido com PN <

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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.*

	2000g com necessidade prolongada de O2 suplementar e recém-nascido gravemente doente e/ou submetido a grande cirurgia).
Relação emocional/comportamento (perturbações)	• Nível socioeconómico/satisfação das necessidades básicas; • Tipo de família (habitação, situação profissional dos pais e apoios familiares); • Satisfação do principal cuidador com o seu bebé; • Adaptação da família às novas rotinas e reações dos irmãos se existirem. • Sinais de alerta – falta de interesse no bebé, desespero, ideação suicida.
Risco de maus tratos	• Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus tratos e manter atualizada a informação relativa ao processo familiar
Segurança do ambiente	• Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/ automóvel; • Exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/ envolvente; • Risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer.
Cumprimento PNV	• Verificar a realização da 1ª dose da Vacina da Hepatite B e BCG, se elegível para vacinação de acordo com grupos de risco estabelecidos na Norma 006 de 29/06/2016

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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.*

**Postura e Motricidade
Global**

A avaliação deve ser realizada com o(a) recém-nascido (a) (RN) em estado de alerta e confortável.

- Em decúbito dorsal – braços e pernas semi-fletidos, postura simétrica;
- Se tração para sentar observa-se queda significativa da cabeça;
- Apoiado (a) em posição sentado (a) – dorso curvado, queda da cabeça para a frente;
- Em suspensão ventral – cabeça permanece abaixo do plano do corpo e membros semi-fletidos;
- Em decúbito ventral – cabeça para o lado, membros fletidos sobre o abdômen, cotovelos fletidos junto ao tronco;
- Reflexos primitivos:
 - Moro (presente até 3º ou 4º dia) – com a criança apoiada provoca-se, subitamente, ligeira queda da cabeça (2,5 cm) resultando em abdução dos membros superiores e abertura das mãos
 - Sucção e procura (até 2 meses) – estimulando a região peri oral com os dedos observa-se direcionamento da boca/ cabeça para o lado estimulado
 - Preensão palmar (até 3º mês)
 - Marcha automática (até 3 a 4 semanas) – quando os pés estão apoiados numa superfície firme.
 - Arrastar (até 6 semanas)
- Tônico – assimétrico do pescoço (até 3-4 meses)



Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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.*

Visão e Manipulação	• Fixa com o olhar a face humana ou objeto brilhante a 30 cm, pode acompanhar lentamente com o olhar
Comportamento e adaptação social	• Passa a maior parte do tempo a dormir, gradualmente aumentam os períodos de alerta • Tipo de choro varia com as necessidades e temperamento
Cuidados Antecipatórios	
Alimentação	• Tipo de aleitamento e periodicidade das refeições • <u>Amamentação</u> ◦ Promover a manutenção do aleitamento materno, em exclusivo, até aos 6M e, só a partir desta idade, complementá-la com o início da diversificação alimentar. • <u>Aleitamento artificial</u> ◦ Reforço dos cuidados na preparação do biberão: 1 colher de medida por cada 30 ml de água; colocar primeiro a água e só depois o pó. • <u>Regurgitação</u> ◦ Presente? Com que frequência? <u>Ensino dos sinais de alerta de amamentação ineficaz</u>: intervalos longos entre as mamadas, sucção débil, sonolência excessiva, diminuição do nº de dejeções e de micções, icterícia.

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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.*

	<u>Sinais de alarme:</u> recusa alimentar (saltar 2 mamadas seguidas), gemido, irritabilidade, prostração, cianose, choro inconsolável.
Vitamina D	• 1 gota por dia, durante o primeiro ano de vida.
Higiene	<u>Cordão umbilical</u> • Manter o cordão umbilical limpo e seco, sem aplicar qualquer tipo de antisséptico ou desinfetante; • Não colocar compressas, nem cobrir com a fralda ou com uma faixa. <u>Questionar sobre rotina de higiene diária:</u> • Não é necessário dar banho diário (2 a 3 banhos por semana, se higiene da zona ano-genital diária); • Antes do banho, preparar a roupa a usar, tendo o cuidado de abrir botões e molas, de forma a vestir mais rapidamente e evitar maior tempo de contacto com a toalha molhada; • Duração < 5 minutos e com temperatura ambiente entre 22-25°C e da água a 36-37°C (colocar primeiro a água fria e depois a quente, até cerca de 10cm de altura); • Apoiar o lactante com a região glútea na banheira e colocar um dos braços por trás das suas costas, segurando o mais afastado com a mão; com a mão livre, lavar inicialmente a face e cabeça e prosseguir para o corpo, tendo o cuidado de deixar a higiene da região genital para o final; • Não é habitualmente necessário o uso de gel de lavagem, mas se for utilizado deverá ser com pH neutro e sem perfumes nem aditivos;

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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.*

	• Após o banho, a secagem da pele deve ser gentil, com particular atenção na região das pregas; • A secagem do coto umbilical deve ser feita com uma compressa, de fora para dentro; se tiver cheiro, optar por limpar com compressa esterilizada embebida em álcool a 70º e secar com compressa seca e esterilizada; • A aplicação de creme (sem perfumes, nem parabenos) após o banho poderá prevenir a pele seca, assim como o desenvolvimento de pele atópica. Contudo, não é necessário o uso por rotina de cremes protetores para a prevenção da dermatite das fraldas e deve ser evitado o uso excessivo de toalhetes (lavar em água corrente); • O banho antes de dormir melhora a qualidade de sono; • Não deve ser feita limpeza dos ouvidos com cotonetes; • A lavagem do nariz, se necessária, deve ser feita com soro fisiológico; • As unhas deverão ser limadas com lima de papel ou cortadas com tesoura de pontas redondas;
Sono	<u>Avaliar hábitos de sono</u> • O ritual de adormecimento deve ser proporcionado pelo cuidador e não deve depender de elementos externos; • Deve dormir em berço/cama própria e nunca com os pais (risco de asfixia); • Posição: decúbito dorsal.
Eliminação	• Dejeções • Micções • Cólicas

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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.*

Desenvolvimento	<u>Atividades promotoras do desenvolvimento</u> • Pegar no(a) bebê e embalá-lo(a) suavemente • Falar e cantar suavemente com sons altos, baixos, agudos, graves e suaves. Chamar o(a) bebê pelo nome • Falar sobre tudo o que estiver a fazer: lavar as mãos, vestir-se • Usar canções de embalar, música instrumental suave ou músicas com melodias repetidas • Comunicar com o(a) bebê olhando-o(a) nos olhos, encostado ao peito • Colocar o(a) bebê sobre os joelhos, deixar que ela(e) agarre o indicador com as mãos e converse com ela(e) • Segurar uma bola vermelha a 20 cm e movimentá-la para cima e para baixo, para a esquerda e direita, estando o(a) bebê em estado de alerta e com a cabeça em posição central • Dar oportunidade ao bebê de experimentar cheiros diferentes (flor, laranja...) • Fazer massagem suave corporal, observando sempre o(a) bebê calmamente, sem movimentos muito elaborados. Não forçar movimentos, fazer pouca pressão, não exceder os 20 minutos • Pegar ao colo, olhar olhos nos olhos, sorrir, deitar a língua de fora, quando em estado de alerta • Oferecer o polegar do(a) bebê para que esta(e) se autoconforte e reorganize • Evitar ambientes hiperestimulantes • Observar o(a) bebê
------------------------	--

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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.*

Acidentes e segurança	<u>Posição ao deitar</u> • Decúbito dorsal para prevenção da síndrome de morte súbita. ◦ Prevenção da síndrome da morte súbita do lactente (SMSL): ▪ Colocação do lactente em decúbito dorsal durante o sono; ▪ Deve ser usado um colchão firme e bem adaptado ao berço ou alcofa, coberto por um lençol ajustado; ▪ O cobertor não deve ultrapassar os ombros para evitar o sobreaquecimento e os pés do bebê devem ficar a tocar o fundo da cama/alcofa; ▪ Não devem ser colocados objetos na cama do lactente nem devem ser usadas almofadas, fraldas, gorros, babetes, protetores de berço ou outras peças que lhe possam causar estrangulamento ou asfixia; ▪ Deve ser evitado o sobreaquecimento do quarto (ideal 21°C); ▪ A chucha pode ser oferecida, pois reduz o risco do SMSL (Caso a rejeite, o seu uso não deve ser forçado); ▪ Deve ser evitado a exposição ao fumo do tabaco durante a gravidez e após o nascimento; ▪ Devem ser evitados dispositivos comerciais e monitores de vigilância dos sinais vitais para evitar o risco de SMSL.
------------------------------	---

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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.*

	• Durante o dia, e sob supervisão, deve-se posicionar os lactentes em decúbito ventral de forma a evitar o aparecimento de plagiocefalia e facilitar o desenvolvimento muscular. • Risco de aspiração • Risco de asfixia ◦ Evitar prender chuchas a fios ou cordões • Risco de queda ◦ Não deixar o recém-nascido sozinho em locais altos como mesas de muda de fraldas. ◦ As crianças não devem pegar em recém-nascidos sem a supervisão de um adulto. ◦ Ao transportar no sistema de retenção os cintos devem estar bem adaptados ao recém-nascido. • Risco de queimaduras ◦ Verificar a temperatura do banho e do leite. • Risco exposição solar • Prevenção rodoviária ◦ Transporte de automóvel: Grupo 0+ (até 13kg) com a cadeira virada para trás. • Questionar sobre exposição ao fumo do tabaco (no carro e em casa)
--	--

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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.*

Sinais/ sintomas de alerta – que justifiquem recorrer aos serviços de saúde	• Recusa alimentar • Gemido • Icterícia generalizada • Prostração • Febre • Cor “acinzentada”
Temperatura	• Normal e febre (Retal $\geq 38^{\circ}\text{C}$; Axilar $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$; Timpânica $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$; Oral $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$) • Na primeira semana de vida, a temperatura habitualmente é avaliada na axila • A partir da 2ª ou 3ª semana de vida, a temperatura poderá ser medida a nível retal ou axilar • A partir dos 3 anos de vida poderá ser também realizada avaliação da temperatura timpânica • A partir dos 5 anos de idade pode ser realizada avaliação da temperatura oral
Roupa	• Confortável e preferencialmente de algodão ou fibras naturais; • Retirar todas as etiquetas que se encontram em contato com a pele; • Utilizar mais 1 camada de roupa do que os adultos; • A roupa deverá ser sempre lavada previamente à sua utilização, particularmente aquela que se irá encontrar em contato direto com a pele. Poderá ser lavada juntamente com a roupa da restante família (exceto, se sinal de irritação cutânea) – evitar usar amaciadores de roupa.

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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.*

Vacinação	• Vantagens e reações
Relação emocional	• Averiguar dificuldades do principal cuidador na relação com o seu bebé e nas interações familiares • Avaliar rede de suporte e possibilidade de descanso do principal cuidador

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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.*

Consulta de Enfermagem – 5 anos

Exame Físico e Antropometria

- Peso;
- Altura;
- IMC/Percentil;
- Tensão Arterial
- Olhos, cabeça e pescoço: nistagmo, anisocoria ou pupilas não reativas, estrabismo
- Respiração: taquipneia, sons respiratórios anormais
- Cardiovascular: taquicardia, arritmia, sopro cardíaco
 - História familiar de cardiopatia congênita, síndrome de morte súbita infantil
 - Doenças hereditárias associadas a cardiopatia
 - Diagnóstico pré-natal
- Abdômen: fígado ou baço aumentados, massas, hérnias
- Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus tratos, assim como manter atualizada a informação relativa ao processo familiar

Dentição

Verificar o estado dentário

Marcar consulta de higiene oral

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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*.

Linguagem/Dificuldades específicas da aprendizagem	• Linguagem compreensível – domínio das consoantes, divisão silábica, fluência no discurso, conta uma história. • <u>Sinal de alerta</u> – linguagem incompreensível (sem fluência, muitas substituições fonéticas). • Identifica o nome próprio, identifica primeira letra do nome, as vogais e algumas consoantes
Desenvolvimento	<u>Aplicação da Escala de rastreio de Mary Sheridan modificada</u> 1. <u>Postura e Motricidade Global</u> • Fica num pé 3 a 5 segundos, com os braços dobrados sobre o tórax. • Salta alternadamente num pé 2. <u>Visão e Motricidade Fina</u> • Constrói 4 degraus com 10 cubos. • Copia o quadrado e o triângulo. • Conta cinco dedos de uma mão e nomeia quatro cores. 3. <u>Audição e Linguagem</u> • Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. • Tem vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão em alguns sons 4. <u>Comportamento e Adaptação Social</u> • Veste-se sozinho(a).

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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*.

	• Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho(a). • Escolhe o(a)s amigo(a)s. • Compreende as regras do jogo. <u>Sinais de alarme:</u> • É hiperativo(a), distraído(a) e tem dificuldade de concentração. • Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez. • Tem estrabismo ou suspeita de déficit visual. • Apresenta perturbação do comportamento.
Atividades promotoras do desenvolvimento	• Selecionar os programas televisivos /computador, bem como o horário e o período de tempo. • Não ridicularizar os presumíveis medos /pesadelos /fobias, ajudando a resolver o sentimento de impotência. Continuar a proporcionar atividades que permitam à criança desenvolver a área motora. • Ensinar-lhe a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de vários tamanhos e formar figuras. • Pedir para que explique o significado de palavras simples e incentivar para que pergunte as que não conhece. • Continuar a proporcionar à criança responsabilidade, como por exemplo: ajudar em casa, dar recados. • Inculcar regras, impor limites, ajudar a lidar com os impulsos (roubo, mentira).

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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.*

	Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade (saber lidar com a timidez, submissão, vaidade, liderança, etc.).
Relação emocional/comportamento (perturbações)	<u>Sinais de alerta</u> – agressividade, violência e oposição persistentes, birras inexplicáveis e desadequadas para a idade; ansiedade, preocupações ou medos excessivos; dificuldades em adormecer, pesadelos muito frequentes; dificuldades na socialização, com isolamento ou relacionamento desadequado com pares ou adultos.
Vacinação	Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV
Risco de Maus Tratos	Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus tratos, assim como manter atualizada a informação relativa ao processo familiar.
Segurança do ambiente	- Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; - Risco de acidentes domésticos e de lazer - Risco de acidentes rodoviários (O uso de um sistema de retenção homologado é obrigatório até aos 12 anos de idade e 135 cm de altura, de acordo com o Código da Estrada em vigor) - Exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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*.

Cuidados Antecipatórios	
Alimentação	• Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras. • Reforçar necessidade de pequeno-almoço e lanche a meio da manhã.
Saúde Oral	• Promover a escovagem dos dentes de manhã e à noite e o uso do fio dentário
Hábitos de Sono	• Horas de sono adequadas à idade (Ir para a cama cedo) • Valorizar dificuldades em adormecer e pesadelos frequentes e recorrentes como sinais de alerta
Infantário/Escola	• Conversar sobre o infantário ou a escola (adaptação e socialização) • Preparação da entrada para a escola, adaptação ao meio escolar e promoção do sucesso escolar, postura correta
Atividades desportivas e culturais/ Tempos livres	• Não permitir que a criança veja televisão/aceda à Internet/ utilize videojogos durante demasiado tempo • Propor a realização de atividades alternativas (<i>puzzles</i>, jogos de construção, pinturas, livros)
Relação emocional/comportamento (perturbações)	• Ter atenção a sintomas de instabilidade psicomotora nos diferentes contextos de vida • Competitividade, prazer em jogos de regras.
Segurança e acidentes	• Caminho para a escola • Transporte escolar

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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.*

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Quedas• Intoxicações• Afogamentos• Queimaduras |
|--|---|

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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.*

Consulta de Enfermagem – 12 anos

Exame Físico

- Peso;
- Altura;
- IMC/Percentil;
- Tensão Arterial
- Acne, hirsutismo
- Palidez - Rastreio de anemia e ferropenia, atendendo aos hábitos alimentares e padrão menstrual.
- Em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina
- Olhos, cabeça e pescoço: nistagmo, anisocoria ou pupilas não reativas, ptose, olhos vermelhos, malformações, postura específica da cabeça (por exemplo: torcicolo)
- Respiração: taquipneia, sons respiratórios anormais
- Cardiovascular: taquicardia, arritmia, sopro cardíaco
 - História familiar de cardiopatia congénita, síndrome de morte súbita infantil
 - Doenças hereditárias associadas a cardiopatia
 - Diagnóstico pré-natal
 - Sinais de insuficiência cardíaca ou diminuição da tolerância ao exercício (problemas de alimentação, sudorese, fadiga, episódios de síncope, dor).

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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.*

	• Abdômen: fígado ou baço aumentados, massas, hérnias • Musculoesqueléticas e neurológicas: curvatura anormal da coluna, postura assimétrica, reflexos musculares ausentes ou diminuídos
Dentição	• Verificar o estado dentário e gengival • Verificar a utilização do cheque-dentista ou documento de referência para Higiene Oral dos 13 anos e a existência de registos no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil ou eBoletim.
Estádio pubertário	• Puberdade precoce - quando surgem sinais pubertários antes dos 8 A nas raparigas e dos 9 A nos rapazes; • Atraso pubertário - quando não há sinais pubertários aos 13 A nas raparigas e aos 14 A nos rapazes, ou quando as raparigas permanecem amenorreicas aos 16 A. Estes casos devem ser referenciados a uma consulta hospitalar (de endocrinologia, pediatria geral ou de adolescentes); • Idade média de início da puberdade – 10 anos nas raparigas, 12 anos nos rapazes; • Primeiro sinal pubertário ○ Raparigas: Botão mamário ○ Rapazes: Aumento de volume testicular <u>Ajuda para o Profissional de Saúde em Consultas com o Adolescente - acrónimo HEEADSSS:</u> H – home (casa, família); E – education e employment (escola e emprego);

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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*.

	E – eating (alimentação); A – activities (atividades desportivas e de lazer); D – drugs (consumos, adição); S – sexuality (sexualidade); S – Suicide (depressão, suicídio, humor); S – Safety (segurança, acidentes, violência).
Desenvolvimento Psicoafetivo e Social	• Autonomização progressiva e afirmação da identidade (identidade de género); aquisição de capacidades cognitivas, de novos interesses intelectuais; capacidade de gestão de problemas, conflitos e atividades quotidianas • Redefinição das formas de relação com a família e amigos; desenvolvimento de ideais e de sistema de valores éticos e morais
Sinais/sintomas de alerta	• Sinais de alerta: incapacidade para lidar com problemas e atividades quotidianas; ansiedade excessiva; insónia grave e persistente; humor depressivo mantido; ideação e tentativas de suicídio; sintomatologia obsessiva-compulsiva; variação ponderal acentuada; alterações do pensamento e da perceção; comportamentos antissociais repetidos, isolamento mantido, comportamentos auto agressivos, fugas • Condutas de risco – consumo de tabaco, álcool e/ou outras substâncias psicoativas ilícitas; comportamentos sexuais de risco.

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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*.

	• Enurese e encoprese – avaliação da presença/existência e/ou manutenção
Vacinação	• Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV
Risco de Maus Tratos	• Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus tratos, assim como manter atualizada a informação relativa ao processo familiar.
Segurança do ambiente	• Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; • Risco de acidentes domésticos e de lazer • Risco de acidentes rodoviários (O uso de um sistema de retenção homologado é obrigatório até aos 12 anos de idade e 135 cm de altura, de acordo com o Código da Estrada em vigor) • Exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente
Cuidados Antecipatórios	
Alimentação	• Diversidade, adequação à fase de crescimento e atividade; regimes restritivos • Beber água
Puberdade	Puberdade normal e variantes. Puberdade precoce e atraso pubertário
Atividade física	Tipo, frequência, intensidade e segurança e desaconselhar suplementos energéticos e anabolizantes; vigorexia.

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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*.

Hábitos de Sono	Quantidade (recomendado 9 a 12 horas de sono), qualidade, ritmo e higiene do sono
Saúde oral e hábitos de higiene	- Promover a escovagem dos dentes de manhã e à noite e o uso do fio dentário - Aos 10, 13 e dos 15 aos 16 A o/a adolescente irá receber na escola um cheque dentista ou um documento de referência para a consulta de Higiene Oral
Escola	Ano de escolaridade, bem-estar, projetos, absentismo escolar, bullying e cyberbullying
Família	Dinâmica familiar, adultos de referência
Amigo(a)s	Socialização, atividades, redes sociais e grupos de pertença
Tempos livres	Sedentarismo, hábitos de televisão/computador/novas tecnologias/vídeo jogos
Cidadania	Direitos humanos, desigualdades de género, ambiente, cultura de segurança
Sexualidade	Autodeterminação sexual, género, relações íntimas, comportamentos sexuais, contraceção
Segurança e acidentes	Segurança rodoviária (usar cinto de segurança e sistema de retenção adequado), atividades de lazer, atividades recreativas noturnas, desportos, em particular os desportos radicais e mergulho

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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*.

Consumos nocivos, riscos	Álcool, tabaco, medicamentos e drogas de abuso – riscos e efeito potenciador de violência e acidentes
Violência e maus tratos	• Violência no namoro • Verificar, em todas as idades, a existência de lesões sugestivas de qualquer tipo de maus tratos

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: pocket guide* (Fourth edition). American Academy of Pediatrics.

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*.

Apêndice XV – Folheto Informativo: Transporte seguro

O SRC deve ser preso ao automóvel com o cinto de segurança ou através de um sistema isofix , num lugar **sem airbag frontal ativo**.



SISTEMA ISOFIX

 Sistema de fixação ao carro através de encaixe, presente em alguns veículos mais recentes.

 Exige cadeiras específicas (com sistema isofix), que encaixam em dois pontos inferiores (na base das costas do banco do automóvel) e fixam-se num terceiro ponto ou apoiam no chão do carro.

 A existência de três pontos é essencial para evitar rotação da cadeira em caso de acidente.

A CRIANÇA DEVE VIAJAR VOLTADA PARA TRÁS ATÉ QUANDO?

Logo à saída da maternidade, o bebé deve viajar num Sistema de Retenção para Crianças voltado para trás (VT) → Só assim a cabeça, o pescoço e a região dorsal estarão devidamente protegidos em caso de acidente, pois são apoiados uniformemente.

A criança deve viajar voltada para trás e no banco de trás até o mais tarde possível, idealmente até aos 3/4 anos e nunca antes dos 18 meses.

Devido à fragilidade do pescoço e ao peso da cabeça

Em caso de acidente, mesmo a baixa velocidade, ou numa travagem brusca, o pescoço pode ser puxado com demasiada força e provocar lesões graves como paralisia ou mesmo morte

Referências Bibliográficas:

- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2022). Relatório de Avaliação 30 Anos de Segurança Infantil em Portugal 2022.
- Direção Geral de Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Ministério da Saúde
- Lei nº 72/2013, de 3 de Setembro. (2022). Código da Estrada. Legislação Consolidada. Artigo 55º, 1-85. Diário da República.
- 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. Nascido Prematuro em Portugal. Disponível em: <https://www.sneonatalogia.pt/to-parents/useful-information/>
- 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>

TRANSPORTE SEGURO

Os acidentes rodoviários correspondem a cerca de 60% do número de mortes por acidentes, sendo a primeira causa de morte por acidentes, em crianças e jovens.

(APSI, 2022)



A utilização de Sistemas de retenção para crianças (SRC) é uma das principais formas de reduzir o número de mortes e lesões causadas pelos acidentes de viação.

(Sun et al., 2023)

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Elaborado por Margarida Seoane (aluna nº11590)

Enfermeira Orientadora:

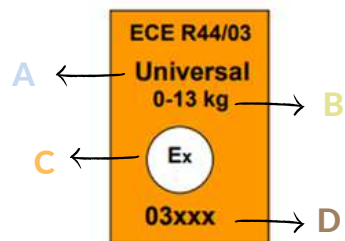
(Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Docente Orientador: Sónia Borges Rodrigues

Julho 2023

O QUE DEVEMOS TER EM CONTA QUANDO ESCOLHEMOS O SISTEMA DE RETENÇÃO ?

1º Possuir a etiqueta "E" - dá-nos a certeza que cumpre os critérios de segurança para o transporte da criança.



A - Categoria a que pertence a cadeira (devemos escolher a Universal = pode ser usada em todos os veículos).

B - Grupo de peso (muito importante para a escolha da cadeira mais adequada ao longo do crescimento da criança).

C - "E" seguido de um número. Este número identifica o país de origem da cadeira.

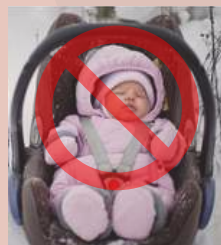
D - Número de aprovação (significa que este SRC foi submetido às normas internacionais mais recentes - R 44/03 da ECE/ONU).

2º A cadeira deve ser experimentada previamente no automóvel para ter a certeza que o comprimento dos cintos é o adequado.

3º A cadeira deve ser leve e de fácil instalação e transporte.

As cadeiras viradas para a frente só podem ser transportadas no banco traseiro, salvo algumas exceções previstas na lei (Ver Artigo 55.º do Código da Estrada).

USO DE CASACOS E ROUPAS VOLUMOSAS



Podem comprimir em caso de colisão e deixar as alças muito soltas

Transportar uma criança num automóvel sem o respetivo sistema de retenção é um comportamento irresponsável que, em caso de acidente ou travagem brusca, pode ter consequências fatais

É também uma contraordenação grave punida por lei com coima e sanção acessória de inibição de conduzir.



Nos automóveis que não estejam equipados com cintos de segurança é proibido o transporte de crianças de idade inferior a 3 anos.

SISTEMAS DE RETENÇÃO DE ACORDO COM O PESO E IDADE E IDENTIFICAÇÃO DA POSIÇÃO DA CADEIRA

Grupo	Peso	Idade	Posição da cadeira
0 - Alcofa	Só para casos especiais com indicação médica		De lado
0+	Até 13kg	Até 12-18M	VT
0+/I ou I	Até 18kg	12M - 3/4 A	VT
0+/I ou I	Até 18kg	18M - 3/4 A	VF
II/III	15-36kg	4/6 A - 12A	VF
III	22-36kg	8/9 A - 12A	VF

Legenda: VT - Voltado para trás; VF - Voltado para a frente



Grupo 0

Grupo 0+

Grupo I

Grupo II

Grupo III



As crianças têm de ser sempre transportadas num dispositivo de retenção homologado, de acordo com o regulamento 44 ECE/UN ou UN R129 e adequado à idade, altura e peso.



O uso de um SRC homologado é obrigatório até aos 12 anos de idade e 135 cm de altura.

A partir desta altura, a criança já pode utilizar apenas o cinto de segurança do automóvel.

Apêndice XVI – Póster: Transporte seguro



TRANSPORTE SEGURO



O uso de um sistema de retenção para crianças homologado é obrigatório até aos 12 anos de idade e 135 cm de altura.

Grupo	Peso	Idade	Posição da cadeira
0 - Alcofa	Só para casos especiais com indicação médica		De lado
0+	Até 13kg	Até 12-18M	VT
0+/I ou I	Até 18kg	12M - 3/4 A	VT
0+/I ou I	Até 18kg	18M - 3/4 A	VF
II/III	15-36kg	4/6 A - 12A	VF
III	22-36kg	8/9 A - 12A	VF



Grupo 0 Grupo 0+ Grupo I Grupo II Grupo III

As cadeiras viradas para a frente só podem ser transportadas no banco traseiro, salvo algumas exceções* previstas na lei

(Ver Artigo 55.º do Código da Estrada)

*Exceções:

1. Crianças com idade inferior a 3 anos desde que o transporte seja efetuado com sistema de retenção virado para trás (VT) e o airbag sempre desativado.
2. Crianças com idade igual ou superior a 3 anos se o automóvel não apresentar cintos de segurança no banco de trás, ou não dispuser deste banco.



1

Sistemas de Retenção de acordo com o peso e idade e identificação da posição da cadeira

2

A criança deve viajar voltada para trás até quando ?

Logo à saída da maternidade, o bebé deve viajar num Sistema de Retenção voltado para trás

A criança deve viajar voltada para trás e no banco de trás até o mais tarde possível, idealmente até aos 3/4 anos e nunca antes dos 18 meses

Devido à fragilidade do pescoço e ao peso da cabeça



3

Sistema ISOFIX

O Sistema de Retenção deve ser preso ao automóvel com o cinto de segurança ou através de um sistema isofix , num lugar sem airbag frontal ativo.

Exige cadeiras específicas (com sistema isofix), que encaixam em dois pontos inferiores (na base das costas do banco do automóvel) e fixam-se num terceiro ponto ou apoiam no chão do carro.

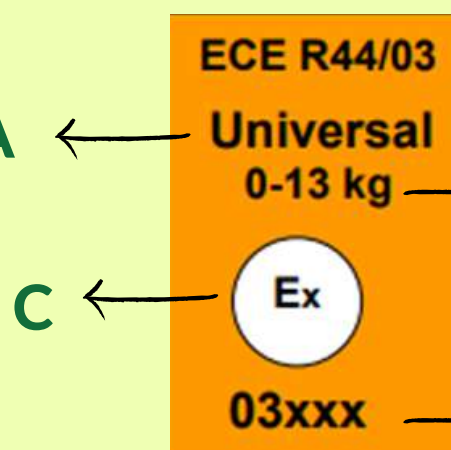
4

O que devemos ter em conta quando escolhemos o sistema de retenção ?

1

Possuir a etiqueta "E" = cumpre os critérios de segurança para o transporte da criança.

A



B

C

D

Legenda

- A - Categoria Universal = pode ser usada em todos os veículos
- B - Grupo de peso
- C - "E" seguido de um número = País de origem da cadeira
- D - N° de aprovação (significa que este SRC foi submetido às normas internacionais mais recentes - R 44/03 da ECE/ONU).

5

O que devemos ter em conta quando escolhemos o sistema de retenção ?

2

A cadeira deve ser experimentada previamente no automóvel para ter a certeza que o comprimento dos cintos é o adequado.

3

A cadeira deve ser leve e de fácil instalação e transporte.

As crianças têm de ser sempre transportadas num dispositivo de retenção homologado, de acordo com o regulamento 44 ECE/UN ou UN R129 e adequado à idade, altura e peso.

6

Atenção

Não usar casacos e roupas volumosas nos SRC



Podem comprimir em caso de colisão e deixar as alças muito soltas

ATENÇÃO

Transportar uma criança num automóvel sem o respetivo sistema de retenção é um comportamento irresponsável que, em caso de acidente ou travagem brusca, pode ter consequências fatais

Nos automóveis que não estejam equipados com cintos de segurança é proibido o transporte de crianças de idade inferior a 3 anos.

Apêndice XVII – Artigo: Segurança Rodoviária nas crianças

SEGURANÇA RODOVIÁRIA nas CRIANÇAS

Os pais têm a enorme responsabilidade de defender os direitos dos seus filhos, nomeadamente o **direito à segurança**, sendo que, a maioria dos **acidentes infantis são evitáveis**, e uma forma de preveni-los faz-se através do transporte automóvel seguro.

Os **acidentes rodoviários** são a primeira causa de **morte** por acidentes em crianças e jovens.

São muitas as dúvidas que surgem no momento de escolher o sistema de retenção mais adequado (vulgarmente chamado de óvinho ou cadeira automóvel), tornando-se um tema extremamente importante, e que deve ser abordado ainda durante a gravidez, pois um adequado sistema de retenção e a sua correta utilização são uma das principais formas de prevenir lesões e mortes causadas pelos acidentes de viação.



Antes de comprar a cadeira de transporte lembre-se que:

- Todos os **bebês** e crianças têm de ser transportados num sistema de retenção homologado, de acordo com o regulamento 44 ou 129 ECE/UN;
- Deve ser adequado à idade, altura e peso;
- Deve experimentar a cadeira no automóvel;
- Deve ser leve e de fácil instalação.

Saímos da maternidade... e agora?

Assim que os pais saem da maternidade com o bebé, o ovinho deve ser colocado **voltado para trás** (VT), ou seja, **contra o sentido do trânsito**, de forma a proteger devidamente a cabeça, o pescoço e as costas do recém-nascido em caso de acidente.

É recomendado que as crianças viajem voltadas para trás até aos 3/4 anos de idade sendo que, só a partir dos 18 meses, se necessário, é que a criança pode viajar virada para a frente.

Os **sistemas de retenção** acompanham o crescimento do seu filho, o grupo da cadeira e a posição no carro variam consoante o peso e idade.

Caso o seu automóvel não tenha banco de trás, não se esqueça de desligar o **airbag frontal**, sendo que crianças com menos de 3 anos de idade devem utilizar a cadeira voltada para trás. É **proibido** o transporte de crianças com idade inferior a 3 anos em automóveis que não possuam cintos de segurança.

Grupo	Peso	Idade	Posição da Cadeira
0 - Recém-n.	Não para casos inspeção com indicação médica		De lado
0+	Até 13kg	Até 12 - 18M	VT
0+/m1	Até 18kg	12M - 3/4A	VT
0+/m2	Até 25kg	3/4A - 5/6A	VF
1/2	15 - 36kg	5/6A - 12A	VF
2	22 - 36kg	6/6A - 12A	VF

Legenda: VT - voltado para trás; VF - voltado para a frente



Grupo 0 Grupo 0+ Grupo 0+/m1 Grupo 1 Grupo 2/3



Vaccine-se e proteja-se pela sua saúde!

Aborde o seu Enfermeiro de Família

Como é que sei que a cadeira que escolhi é segura?

Qualquer **sistema de retenção** deve apresentar a **etiqueta E**, que assegura de que o mesmo cumpre os critérios de segurança para o transporte da criança.

Nesta etiqueta podemos ver:

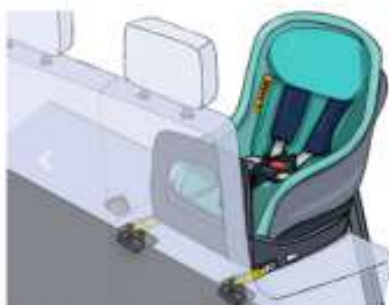
- A **categoria**, que deve ser Universal, ou seja, pode ser usado em todos os veículos;
- O **grupo de peso** que nos ajuda a escolher a cadeira mais adequado ao longo do crescimento da criança;
- O **número** que identifica o **país de origem**;
- O **número de aprovação**, que nos indica que o sistema de retenção foi submetido às normas internacionais mais recentes.

A cadeira pode ser presa no automóvel com o cinto de segurança ou através de um sistema *isofix*.



**Não se esqueça de agendar consultas,
nas idades chave dos seus filhos!**
Consulte o BSIJ para mais informações ou
contacte a USF.

O que é o sistema Isofix?



É um sistema de fixação ao carro através de encaixe, presente em alguns veículos mais recentes.

Exige cadeiras específicas (com sistema isofix) que encaixam em três pontos essenciais para evitar a rotação da cadeira em caso de acidente. Dois pontos são inferiores (na base das costas do banco do automóvel) e fixam-se num terceiro ponto ou apoiam no chão do carro.

E se recorrer a transportes públicos?



Nos transportes públicos, nomeadamente táxis, autocarros e TVDE, as crianças não têm, obrigatoriamente, de ser transportadas em sistemas de retenção homologados e adequados ao peso e altura, podendo ser transportadas mesmo que o veículo não apresente cinto de segurança, desde que o transporte seja feito no banco de trás.

Se transportar o seu filho indevidamente e contra o definido pela lei, não só o está a expor ao risco de morte e lesões graves, como incorre ao pagamento de uma coima.

A USF [REDACTED] conta com profissionais de saúde disponíveis para o ajudar na escolha e correta instalação e utilização do seu ovinho/cadeira de transporte. Opte sempre por falar com o seu enfermeiro ou médico de família em caso de dúvida.



*Enf. Margarida Seoane, aluna Mestrado
Saúde Infantil e Pediátrica, ESSEL*



Apêndice XVIII – Sessão de Formação: Transporte Seguro

TRANSPORTE SEGURO



1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Elaborado por Margarida Seoane (aluna nº11590)

Enfermeira Orientadora:

■■■■■■■■■■ (Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Docente Orientador: Sónia Borges Rodrigues

novembro 2023

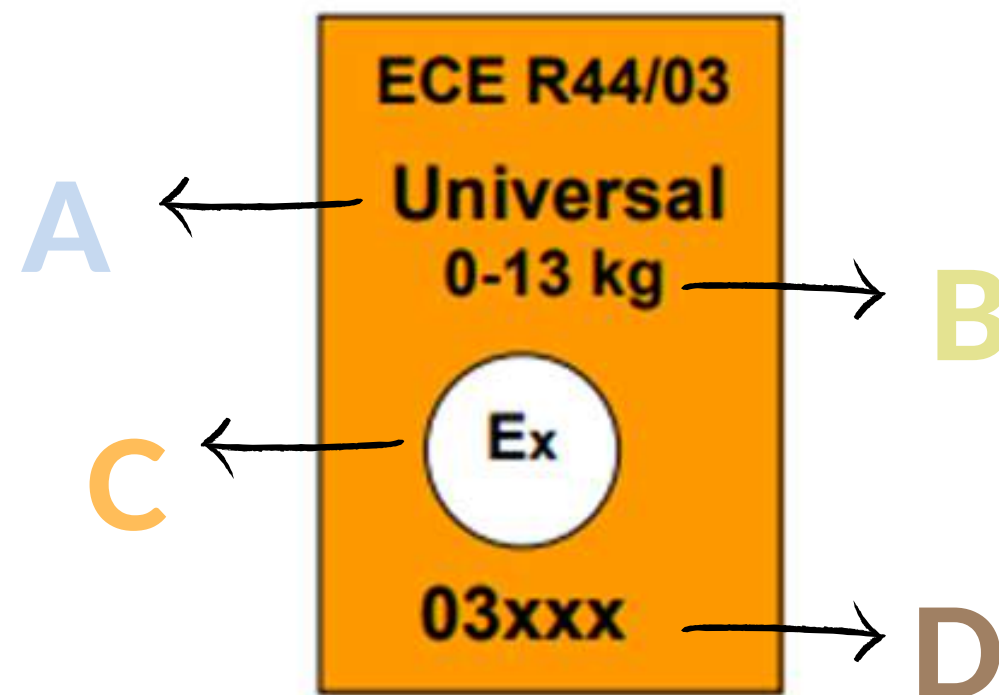
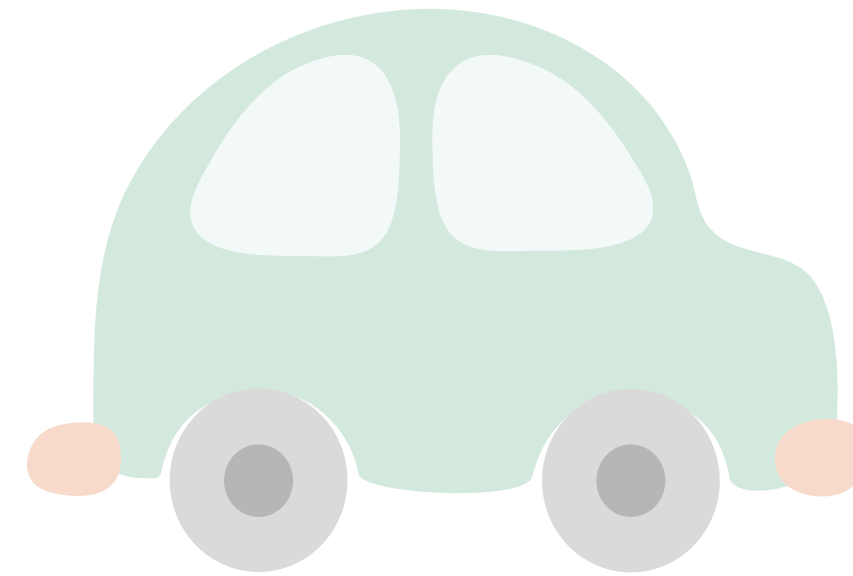
SUMÁRIO

- 🌿 Transporte seguro
- 🌿 Aspectos a ter em conta na escolha do sistema de retenção para crianças (SRC)
- 🌿 SRC adequado
- 🌿 Sistema Isofix



O QUE DEVEMOS TER EM CONTA QUANDO ESCOLHEMOS O SISTEMA DE RETENÇÃO ?

1º Possuir a etiqueta “E” - dá-nos a certeza que cumpre os critérios de segurança para o transporte da criança.



A - Categoria a que pertence a cadeira (devemos escolher a Universal = **pode ser usada em todos os veículos**).

B - **Grupo de peso** (muito importante para a escolha da cadeira mais adequada ao longo do crescimento da criança).

C - “E” seguido de um número. Este número identifica **o país de origem da cadeira**.

D - **Número de aprovação** (significa que este SRC foi submetido às normas internacionais mais recentes - R 44/03 da ECE/ONU).

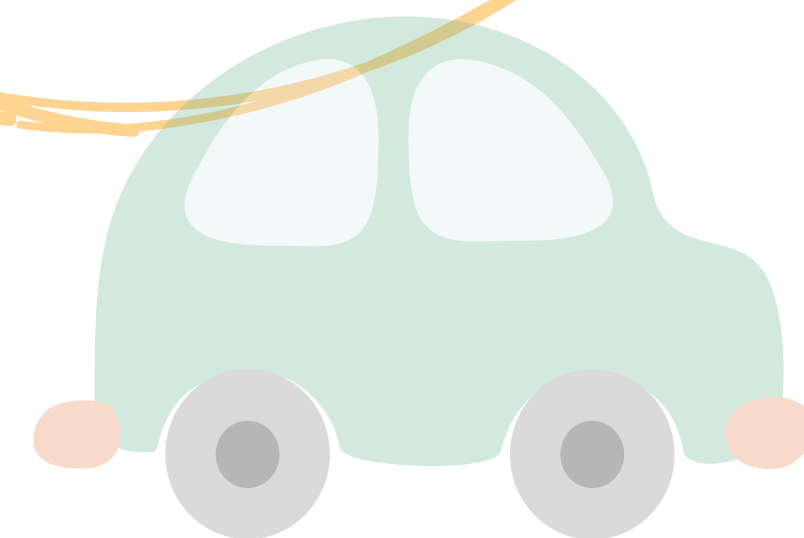
O QUE DEVEMOS TER EM CONTA QUANDO ESCOLHEMOS O SISTEMA DE RETENÇÃO ?

2º A cadeira deve ser experimentada previamente no automóvel para ter a certeza que o comprimento dos cintos é o adequado.



As **cadeiras viradas para a frente** só podem ser transportadas no **banco traseiro**, salvo algumas exceções previstas na lei (Ver Artigo 55.º do Código da Estrada).

3º A cadeira deve ser leve e de fácil instalação e transporte.



O QUE DEVEMOS TER EM CONTA QUANDO ESCOLHEMOS O SISTEMA DE RETENÇÃO ?

**USO DE
CASACOS E
ROUPAS
VOLUMOSAS**



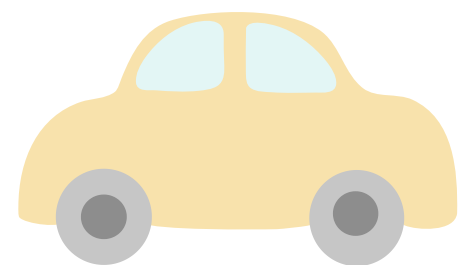
Podem comprimir
em caso de colisão
e deixar as alças
muito soltas

Transportar uma criança num automóvel sem o respetivo sistema de retenção é um comportamento irresponsável que, em caso de acidente ou travagem brusca, pode ter consequências fatais

É também uma **contraordenação grave** punida por lei com coima e sanção acessória de inibição de conduzir.



Nos automóveis que **não estejam equipados com cintos de segurança** é proibido o transporte de crianças de idade inferior a 3 anos.



SISTEMAS DE RETENÇÃO DE ACORDO COM O PESO E IDADE E IDENTIFICAÇÃO DA POSIÇÃO DA CADEIRA



Grupo	Peso	Idade	Posição da cadeira
0 - Alcofa	Só para casos especiais com indicação médica		De lado
0+	Até 13kg	Até 12-18M	VT
0+/I ou I	Até 18kg	12M – 3/4 A	VT
0+/I ou I	Até 18kg	18M - 3/4 A	VF
II/III	15-36kg	4/6 A – 12A	VF
III	22-36kg	8/9 A – 12A	VF
Legenda: VT – Voltado para trás; VF – Voltado para a frente			



Grupo 0

Grupo 0+

Grupo I

Grupo II

Grupo III

NÃO ESQUECER



As crianças têm de ser **sempre** transportadas num dispositivo de retenção homologado, de acordo com o regulamento **44 ECE/UN** ou **UN R129** e adequado à idade, altura e peso.



O uso de um SRC homologado é obrigatório até aos **12 anos de idade** ou **135 cm de altura**.



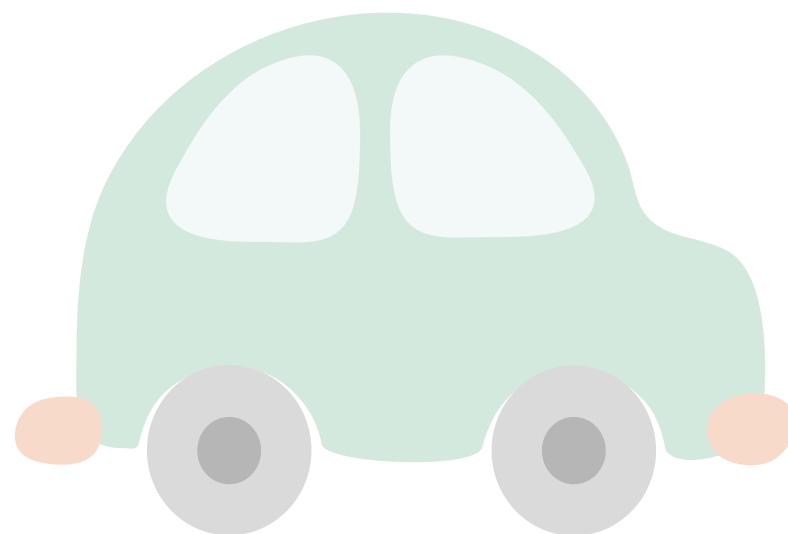
A partir desta altura, a criança já pode utilizar apenas o cinto de segurança do automóvel.



A CRIANÇA DEVE VIAJAR VOLTADA PARA TRÁS ATÉ QUANDO?

Logo à saída da maternidade, o bebê deve viajar num Sistema de Retenção para Crianças voltado para trás.

Só assim a **cabeça**, o **pescoço** e a **região dorsal** estarão devidamente protegidos em caso de acidente, pois são apoiados uniformemente.



Em caso de acidente, mesmo a baixa velocidade, ou numa travagem brusca, o pescoço pode ser puxado com demasiada força e provocar **lesões graves** como **paralisia** ou mesmo **morte**

A criança deve viajar voltada para trás e no banco de trás até o mais tarde possível, idealmente até aos **3/4 anos** e nunca antes dos 18 meses.

Devido à fragilidade do pescoço e ao peso da cabeça

SISTEMA ISOFIX

O SRC deve ser preso ao automóvel com o cinto de segurança ou através de um sistema isofix , num lugar **sem airbag frontal ativo.**



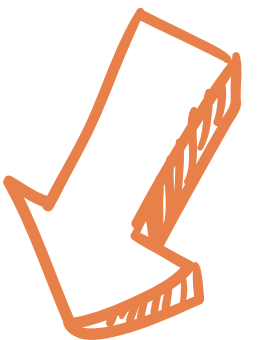
Sistema de fixação ao carro através de encaixe, presente em alguns veículos mais recentes.



Exige cadeiras específicas (com sistema isofix), que encaixam em **dois pontos inferiores** (na base das costas do banco do automóvel) e fixam-se num **terceiro ponto** ou apoiam no chão do carro.



A existência de três pontos é essencial para evitar rotação da cadeira em caso de acidente.



BIBLIOGRAFIA

Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2022). *Relatório de Avaliação 30 Anos de Segurança Infantil em Portugal 2022*.

Associação para a Promoção da Segurança Infantil, (s.d.). *A escolha da cadeirinha adequada*.

Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Ministério da Saúde

Direção Geral de Saúde (2010). *Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade*. Lisboa: Ministério da Saúde

Associação para a Promoção da Segurança Infantil, (2023). *Cadeirinhas para automóvel homologadas pelo R44/04 - Fim da comercialização*.

Lei n° 72/2013, de 3 de Setembro. (2022). *Código da Estrada*. Legislação Consolidada. Artigo 55°, 1-85. Diário da República.

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>

BIBLIOGRAFIA

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. *Nascer Prematuro em Portugal*. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/to-parents/useful-information/>

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>

OBRIGADA



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

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

Unidade Curricular Estágio

**Intervenção do EEESIP junto do adolescente em
contexto dos Cuidados de Saúde Primários**

Margarida Damásio Geada da Costa Seoane

**Lisboa
julho 2023**

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

Unidade Curricular Estágio

**Intervenção do EEESIP junto do adolescente em
contexto dos Cuidados de Saúde Primários**

Margarida Damásio Geada da Costa Seoane

Professor Orientador:
Sónia Borges Rodrigues

**Lisboa
julho 2023**



Índice

Introdução	4
Intervenção do EEESIP Junto do Adolescente em Contexto de Cuidados de Saúde Primários.....	6
Descrição da situação	6
Sentimentos	6
Avaliação	7
Análise	7
Conclusão e Plano de Ação.....	8
Conclusão	11
Referências Bibliográficas	12

Introdução

Ao longo deste percurso académico tenho-me confrontado com situações muito desafiantes, que me levam a refletir sobre a minha ação enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

Estamos, muitas vezes, tão formatados para agir de uma determinada maneira que, quando somos confrontados com situações mais complexas e que fogem à nossa zona de conforto e, principalmente, quando tomamos consciência de que a nossa primeira abordagem não foi ao encontro das nossas expectativas, pomos em causa o que fizemos e o que pensamos sobre a situação e a nossa ação, ponderando outra abordagem.

“A reflexão surge associada ao modo como se lida com os problemas da prática, à possibilidade da incerteza, estando aberta a novas hipóteses, dando forma a esses problemas e descobrindo novos caminhos, chegando então às soluções” (Dorigon & Romanowski, 2008, p.14), através de uma tomada de decisão consciente, tendo por base conhecimentos sólidos mas também a nossa intuição, sensibilidade, valores éticos e deontologia profissional (Dorigon & Romanowski, 2008, Regulamento nº 140/2019, 2019). Ao realizar estágio num contexto de cuidados diferente do meu contexto profissional, fui motivada a antecipar as necessidades de intervenção, a consolidar conhecimentos, a pesquisar evidência que suporte a prática e a refletir acerca da mesma após cada contacto. Por esta razão, fez-me sentido refletir sobre uma situação particular que ocorreu com uma adolescente, durante o estágio no contexto de Cuidados de Saúde Primários.

A adolescência é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o período entre a infância e a idade adulta, dos 10 aos 19 anos, 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 (Direção Geral da Saúde [DGS], 2019; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010; World Health Organization [WHO], s.d).

Segundo o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil estamos perante um número crescente de crianças com perturbações emocionais e comportamentais que se traduzem

em comportamentos de risco como o absentismo escolar, consumo de substâncias, delinquência, entre outros (Diário da República [DR], Regulamento n.º 351/2015, 2015).

O EEESIP intervém em parceria com a criança/jovem e família em qualquer contexto, sendo principalmente importante a sua intervenção em contexto de Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente ao nível da educação para a saúde e prevenção de acidentes, na avaliação dos conhecimentos e comportamentos relativos à saúde e na transmissão de orientações antecipatórias que levem à adoção de comportamentos potenciadores da saúde (Regulamento n.º 351/2015, 2015; Regulamento n.º 422/2018, 2018; WHO, 2022). Sendo que, idealmente, todas as crianças/jovens devem ser atendidas por profissionais com formação e experiência em Pediatria ou Saúde Infantil e com competências e sensibilidade para intervir junto destas crianças/jovens e as suas famílias (DGS, 2021).

Esta reflexão foi elaborada no âmbito da Unidade Curricular Estágio, integrada no 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e foi estruturada com recurso ao ciclo de Gibbs que contempla seis etapas, sendo elas, (1) a descrição da situação vivida, (2) os sentimentos manifestados, (3) a avaliação da situação, (4) análise da situação, (5) conclusão e (6) o plano de ação (O'Connor, 2007). Foi elaborada segundo as orientações para elaboração e apresentação de trabalhos escritos, em vigor na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e referências bibliográficas realizadas de acordo com a norma APA 7ª edição.

Intervenção do EEESIP Junto do Adolescente em Contexto de Cuidados de Saúde Primários

Descrição da situação

A situação diz respeito a uma adolescente de 12 anos. Tem duas irmãs de 7 e 10 anos, seguidas na mesma Unidade de Saúde Familiar (USF) e, aparentemente com bons hábitos e comportamentos de saúde e um bom crescimento e desenvolvimento. O pai não era presente na vida das filhas até a mãe ser presa, passando o pai a assumir responsabilidade sobre as mesmas, aparentemente sem outro apoio familiar.

A adolescente frequenta o 4º ano de escolaridade, falta frequentemente às aulas, não sabe ler nem escrever, tem poucos cuidados de higiene e inúmeras cáries. Na escola tem apoio da terapia da fala embora também não compareça. Dada a situação, a médica de família referenciou a criança para a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). O pai chegou a ir à USF com a filha, no sentido de esclarecer algumas dúvidas no momento da menarca e foi possível fazer vacinação em atraso, ficando com consulta marcada para o momento da segunda inoculação da vacina contra o papilomavírus humano (HPV), no entanto não compareceram a esta consulta. A equipa de enfermagem reuniu-se na tentativa de arranjar uma solução e conseguir chegar a esta adolescente e a esta família tendo entrado em contacto com o pai e realizado uma consulta via telefónica, dentro do possível, na tentativa de apelar para a importância do cumprimento da vacinação e de uma consulta presencial para esclarecimento das principais dúvidas e expectativas nesta fase do desenvolvimento.

Sentimentos

Nesta etapa do ciclo de Gibbs é pedida uma partilha dos sentimentos manifestados durante esta experiência, de que forma nos fez sentir, quais foram os nossos pensamentos, antes, durante e após e se houve alguma coisa que tenha sido dita ou feita por outra pessoa e que nos tenha causado impacto (O'Connor, 2007).

No dia em que estava planeada a consulta com esta adolescente a equipa de enfermagem pôs-me ocorrente da situação familiar. O contexto de cuidados de saúde primários é muito distinto da minha atividade profissional diária, visto que desempenho

funções numa unidade de Neonatologia, acrescentando o facto de ser uma consulta a uma adolescente, com um contexto familiar desafiante. Senti-me perdida, com dúvidas na forma mais correta para abordar esta família, e preocupada, principalmente por ouvir de um elemento da equipa médica que estávamos perante um caso perdido, sendo que, a meu ver, todas as crianças devem ser tratadas com respeito, de forma igual e sem qualquer discriminação, independentemente da situação de vida, da sua raça, religião, idade ou classe social e cabe a todos os profissionais de saúde garantirem que isto acontece (DGS, 2021).

Avaliação

Esta etapa do ciclo de Gibbs pressupõe uma reflexão sobre o que foi bom nesta experiência e o que foi mau ou menos bom (O'Connor, 2007).

Estamos perante uma situação familiar complexa com uma base bastante destruturada e uma adolescente com maus hábitos de saúde. Um aspeto positivo a destacar desta experiência foi a importância da atuação do EEESIP, em conjunto com a restante equipa multidisciplinar, ao realizar um trabalho prévio à consulta na avaliação da estrutura, dinâmica familiar e rede de suporte (DGS, 2013), mostrando-se essencial para a preparação da consulta. Outro aspeto importante foi a persistência e procura de alternativas para chegar a esta família, tendo a EEESIP contactado o pai e realizado uma breve consulta via telefónica na tentativa de construir estratégias de resolução de problemas em parceria com o mesmo (Regulamento nº 140/2019, 2019) e empoderar esta família para a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

O pior desta experiência foi não termos conseguido realizar a consulta com a adolescente ficando a esperança da mesma comparecer em breve na Unidade de Saúde.

Análise

A análise da situação leva-nos a pensar no que fizemos bem e qual foi o nosso contributo e dos que estavam presentes e o porquê de ter acontecido de determinada forma (O'Connor, 2007).

Pela complexidade da situação familiar e imprevisibilidade relacionada com a presença da adolescente na consulta é importante reforçar a união da equipa

multidisciplinar na tentativa de chegar até esta família, procurando uma abordagem diferente através da consulta via telefónica e reforçando ao pai a importância de uma consulta presencial para esclarecimento de dúvidas por parte da família e da adolescente e também para cumprimento do plano de vacinação.

Conclusão e Plano de Ação

A conclusão permite-nos responder à questão – que mais poderíamos ter feito? e o plano de ação que é a última etapa do ciclo reflexivo de Gibbs leva-nos a pensar, de que forma agiríamos se uma situação como esta se voltasse a repetir (O'Connor, 2007).

Recordo que estamos perante uma adolescente a passar por mudanças importantes como a menarca, do que temos conhecimento com pouco suporte familiar, destruturação familiar com um pai que esteve ausente até ao momento em que a mãe foi presa, ficando neste momento a assumir responsabilidades parentais, não tem cuidados de higiene oral, tem a vacinação da HPV em atraso, já é recorrente faltar às aulas e demonstra grandes dificuldades na aprendizagem uma vez que não sabe ler nem escrever.

O rápido crescimento físico, cognitivo e psicossocial dos adolescentes tem muita influência nas decisões que tomam, nomeadamente ao nível da alimentação, exercício físico, consumo de substâncias e atividade sexual (WHO, s.d), sendo que, as decisões tomadas pelos adolescentes, relacionadas com a sua saúde, têm por base informação que lhes é dada tanto pela família como pela comunidade (WHO, 2022).

Muitas vezes os comportamentos dos adolescentes são influenciados por amigos da mesma idade, no entanto, os profissionais de saúde, nomeadamente o EEESIP, constituem uma parte importante do ambiente interpessoal do adolescente e podem ter uma grande influência nas escolhas adotadas pelo mesmo ao longo de toda a vida (Alligood, 2018).

Muitas vezes o EEESIP em contexto de Cuidados de Saúde Primários, é o primeiro contacto que a pessoa tem com o sistema de saúde, estando numa posição privilegiada para o incentivo a escolhas e hábitos saudáveis, ao nível da alimentação, exercício físico, cumprimento do plano de vacinação, entre outras e prevenção de doenças e comportamentos de risco, como os hábitos tabágicos e relações sexuais desprotegidas, procurando também explorar potenciais riscos que estas famílias possam ter

relacionados à sua saúde como a pobreza, conflitos familiares e abusos de substâncias e, se necessário, fazer o encaminhamento para outras especialidades como a saúde oral, serviços sociais, serviços comunitários e saúde mental, trabalhando em parceria com uma equipa multidisciplinar, com vista à promoção da saúde (WHO, 2022).

Os adolescentes estão numa fase em que muitas vezes manifestam a necessidade de estar sozinhos durante as consultas de forma a sentirem autonomia, privacidade e segurança para falarem de assuntos mais sensíveis e difíceis de partilhar. É importante falar com os pais e explicar a importância de existirem dois ou mais momentos da consulta, (1) com os pais sozinhos, para que os mesmos consigam esclarecer as suas dúvidas e preocupações tanto relacionadas com o seu papel parental como com o desenvolvimento da jovem, (2) com a jovem sozinha e (3) um momento de consulta com os pais e jovem (WHO, 2022).

Ao encontro dos Cuidados Centrados na Família (CCF), o paciente e a família são o centro de todos os cuidados e, independentemente do seu nível de escolaridade ou nível socioeconómico, devem estar envolvidas em parceria com o EEESIP, nas decisões sobre a saúde dos seus filhos. Se a família apresentar dificuldades, é importante referenciar para os recursos disponíveis na comunidade como serviços sociais e programas de educação para pais ou grupos de apoio e a articulação com o sistema escolar, na tentativa de ser traçado um plano de reintegração dos alunos que optam pelo absentismo escolar (Smith, 2018; WHO, 2022). Seria importante para esta situação tentarmos perceber o motivo da ausência deste pai na vida das filhas, e o seu nível de comprometimento e envolvimento a partir deste momento, descartando qualquer possibilidade de negligência e maus-tratos indo ao encontro das competências do EEESIP no diagnóstico precoce e intervenção em situações de risco que possam afetar de forma negativa a vida ou qualidade de vida desta adolescente (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

O local onde estagiei não realiza trabalhos em parceria com agentes da comunidade, no entanto existe uma enfermeira que faz articulação com outra unidade de saúde que realiza convocatórias para a vacinação nas escolas. Talvez seja uma possibilidade articular com esta unidade, explicar a situação desta família e procurar fazer esta articulação com a escola que a adolescente frequenta.

O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender é um referencial teórico que permite ao EEESIP intervir no sentido do desenvolvimento de comportamentos

promotores da saúde ao longo de toda a vida do adolescente e da família (Alligood, 2018; Santi et al., 2023) oferecendo a todas as crianças a oportunidade de atingir o seu potencial máximo de saúde (Hockenberry, 2017).

São vários os fatores que podem influenciar as decisões dos adolescentes e o desejo pelo mudança e adoção de hábitos mais saudáveis, sendo eles a motivação intrínseca, uma vez que se for algo imposto por terceiros corremos o risco que seja pouco eficaz, a escolha e controlo pelas suas próprias decisões, a autoconfiança e percepção de eficácia, a ambivalência pessoal, a ajuda em cada fase da mudança e a relação com o enfermeiro (OE, 2010).

É importante que numa próxima consulta se procure conhecer melhor esta adolescente, a sua personalidade, os seus gostos e situação emocional, estabelecendo uma relação de confiança com base no respeito e empatia utilizando estratégias de comunicação apropriadas à idade, fase do desenvolvimento e culturalmente aceites (Regulamento n.º 422/2018, 2018), de forma que a mesma se sinta confortável a partilhar os seus sentimentos, as suas dúvidas e principais problemas e abordar temas mais sensíveis e assuntos relacionados com o quotidiano, como a escola e os amigos, e se consiga perceber quais os motivos que levam esta adolescente a adotar certos comportamentos e quais os benefícios que vê nisso, tentando mostrar os benefícios da adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis traçando um plano de ação que motive esta adolescente e com o qual ela se comprometa e que sinta que tem liberdade nas decisões do seu próprio percurso de mudança, sendo este um caminho que lhe trará apenas benefícios (Alligood, 2018; OE, 2010; Vinagre & Barros, 2019).

Conclusão

Os comportamentos adotados durante a adolescência podem ter um grande impacto ao longo de toda a vida, sendo esta uma fase muito desafiante e importante ao nível do crescimento e desenvolvimento infantil. Embora muitos destes comportamentos tenham por base influência dos pares, os profissionais de saúde, nomeadamente o EEESIP, encontram-se numa posição privilegiada pois são, muitas vezes, o primeiro contacto com o adolescente e família, em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

A esta posição privilegiada acresce também uma enorme responsabilidade na avaliação de comportamentos e conhecimentos do adolescente e família relacionados com a sua saúde, e trabalhar no sentido da promoção da saúde através da educação para a saúde, prevenção de acidentes e transmissão de orientações antecipatórias que levem à adoção de comportamentos potenciadores da saúde (Regulamento n.º 351/2015, 2015; Regulamento n.º 422/2018, 2018; WHO, 2022), podendo o EEESIP com esta intervenção, ter uma grande influência nas escolhas adotadas pelos adolescentes (Alligood, 2018), não esquecendo nunca que o trabalho realizado deve ser sempre em parceria com o jovem e a família, que são os principais interessados na sua saúde (Smith, 2018; WHO, 2022).

Por vezes, na nossa prática profissional, deparamo-nos com situações complexas, exigentes e desafiantes. É essencial estabelecer uma relação de confiança com o adolescente, conhecer os seus hábitos, as suas preferências, e procurar delinear um plano de ação em parceria com o mesmo, que o motive e leve a um sentimento de autoeficácia, respeitando sempre os valores e individualidades de cada um bem como a fase do desenvolvimento em que se encontram (Regulamento n.º 422/2018, 2018; OE, 2010; Smith, 2018).

Desta forma torna-se indiscutível a importância da intervenção do EEESIP junto do adolescente em qualquer contexto de saúde, nomeadamente nos Cuidados de Saúde Primários procurando sempre oportunidades de trabalhar com o adolescente e família, proporcionando educação para a saúde e mobilizando recursos de suporte à família, de forma a promover a adoção de comportamentos potenciadores da saúde e consequentemente o mais elevado estado de saúde possível (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Referências Bibliográficas

- Alligood, M. R. (2018). *Nursing Theorists and their work* (9ªEd.). Elsevier.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).
- 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.
- Dorigon, T. C., & Romanowski, D. J. P. (2008). A reflexão em Dewey e Schön. *Revista Intersaberes*, 5.
- Hockenberry, M. J. (2017). Perspectives of Pediatric Nursing. Em *Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (10ª edição, pp. 35–63). Elsevier.
- 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)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.
- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. N.º 351/2015, N.º 119, Diário da República, Regulamento n.º 351/2015, 2.ª série 16660 (2015). <https://files.dre.pt/2s/2015/06/119000000/1666016665.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Nº 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.
- 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>
- 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>

- 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). *Adolescent health*. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- 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*.

Apêndice XX – Plano de Cuidados

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

UC Estágio com Relatório

Plano de Cuidados em contexto de Neonatologia

Margarida Damásio Geada da Costa Seoane

**Lisboa
novembro 2023**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

UC Estágio com Relatório

Plano de Cuidados em contexto de Neonatologia

Margarida Damásio Geada da Costa Seoane

Professor Orientador:
Sónia Borges Rodrigues

Lisboa
novembro 2023

A large, solid green decorative shape that starts as a thin line on the left and curves upwards and to the right, filling the bottom right corner of the page.

ÍNDICE

Nota Introdutória	4
Descrição da situação	6
Diagnósticos de Enfermagem de acordo com a CIPE (versão 2).....	6
Plano de Cuidados.....	8
Diagnóstico de Enfermagem: Efeito Secundário da Medicação [Síndrome de Abstinência Neonatal] Presente	18
Importância da elaboração de um plano de cuidados para a prática de Enfermagem...	20
Referências Bibliográficas.....	22
Apêndice I – Escala de <i>Finnegan</i>	24

Nota Introdutória

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, em contexto de estágio na Neonatologia no período entre dois de outubro a três de novembro de 2023, entre outras atividades propus-me a desenvolver um plano de cuidados de um recém-nascido (RN) e família que acompanhei ao longo do estágio.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) tem o dever de cuidar da criança e da sua família em situações particularmente complexas, sendo o contexto da Neonatologia rico nestas situações, pela vulnerabilidade acrescida reconhecida a estes RN e famílias. O EEESIP tem a responsabilidade acrescida de procurar minimizar a dor e o sofrimento, fornecer orientações antecipatórias, promover sistematicamente a vinculação e incentivar a parceria com as famílias. Sendo que estas devem ser parte integrante dos cuidados, permitindo uma identificação partilhada dos problemas, bem como a procura de soluções para a sua resolução, aproveitando todos os momentos de contacto com a criança e família para avaliar os seus conhecimentos e comportamentos, atuando oportunamente, sempre que necessário (Regulamento n.º 422/2018, 2018; Regulamento nº 140/2019, 2019).

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 específicas de EEESIP e comuns de Enfermeiro Especialista (EE), revelou-se uma atividade extremamente enriquecedora.

O plano de cuidados corresponde à terceira etapa do processo de enfermagem e permite individualizar os cuidados, em resposta às principais necessidades dos doentes e das famílias, sendo um processo dinâmico que pode ser alterado sempre que necessário e que o estado de saúde dos doentes o justifique. Para a sua elaboração, são levantados os principais diagnósticos de enfermagem, que podem ter por base um problema do doente, um potencial risco ou a promoção da saúde, as intervenções de enfermagem lhes dão resposta e os resultados esperados para as mesmas (Potter et al., 2018).

A elaboração de um plano de cuidados deve ter em conta a participação da equipa multidisciplinar e da família e exige um pensamento crítico, por forma a identificar prioridades e dar resposta às necessidades do doente e da família de forma consciente e ponderada, garantindo sempre a máxima segurança do doente (Potter et al., 2018).

Este trabalho foi elaborado segundo as orientações para elaboração e apresentação de trabalhos escritos, em vigor na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e referências bibliográficas realizadas de acordo com a norma APA 7ª edição.

Descrição da situação

A situação que escolhi e acompanhei ao longo do estágio envolve uma RN prematura que nasceu com 24 semanas e 4 dias e 676g e tem hoje 51s de idade corrigida e pesa 5307g. É a segunda filha deste casal, tendo o irmão 5 anos. A RN esteve ventilada durante 5 meses, através de um tubo orotraqueal tendo passado por várias intercorrências ao longo do internamento, como infeções. Foram feitas várias tentativas de extubação mas a RN nunca tolerou a desconexão do ventilador. A equipa médica decidiu realizar uma TAC onde foi diagnosticada uma estenose subglótica. Ficou programada uma traqueostomia que decorreu sem intercorrências, ainda durante o meu período de estágio. A RN começou a desenvolver uma síndrome de abstinência associada à medicação administrada para controlo da dor. Atualmente a RN mantém-se conectada ao ventilador através da traqueostomia mas num processo de desmame e tentativa de passar para uma ventilação não invasiva e também em desmame da analgesia. Todos os dias são prestados cuidados a este estoma, preferencialmente na presença dos pais que ainda se sentem muito impressionados com a ferida e referem dificuldade em olhar e participar nos cuidados. O banho que a mãe já dava na banheira, passou a ser realizado na incubadora pela presença de um cateter venoso central. A RN realiza, diariamente, terapia da fala pois não apresenta reflexos de sucção o que impossibilita o início da introdução alimentar e alimentação por biberão.

Ao longo deste estágio foi possível acompanhar esta RN, numa fase pós-cirúrgica e os pais em processo de transição e adaptação a uma nova etapa e realidade.

Diagnósticos de Enfermagem de acordo com a CIPE (versão 2)

- Alimentar com biberão comprometido
- Aprendizagem iniciada
- Capacidade Parental comprometida
- Dor presente
- Efeito secundário da medicação presente
- Ferida cirúrgica atual
- Limpeza das vias aéreas comprometida

- Sono comprometido
- Risco de stress do prestador de cuidados
- Tomar banho interrompido
- Ventilação comprometida
- Vinculação comprometida

(Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011)

Plano de Cuidados

7 Eixos Processo Enfermagem	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnósticos de Enfermagem		Recém-nascido	Alimentar com biberão	Comprometido	Hospital [Neonatologia]		
Intervenções de Enfermagem	Alimentar					Sonda gastrointestinal	Frequente [3/3h]
	Treinar [com recurso ao biberão e à chucha promovendo uma sucção não nutritiva]		Reflexo de sucção			Enfermeiro	Manhã/ Tarde
Resultados de Enfermagem			Alimentar com biberão	Iniciado			
7 Eixos Processo Enfermagem	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnósticos de Enfermagem		Pais	Aprendizagem [cuidados à traqueostomia]	Iniciada	Hospital [Neonatologia]		Continua [sempre que possível e oportuno]
Intervenções de Enfermagem	Avaliar		Capacidade para desempenhar um papel			Enfermeiro	
			Capacidade para participar				
			Disponibilidade para aprender				

	Demonstrar [cuidados a ter com a traqueostomia e realização do penso]					
	Elogiar [participação]					
	Encorajar [participação nos cuidados, presença no momento dos cuidados à traqueostomia]					
	Ensinar	Conhecimento sobre cicatrização da ferida				
		Conhecimento sobre cuidado à ferida				
		Conhecimento sobre medidas de segurança				
		Desenvolvimento do Recém-nascido				
	Envolver [nos cuidados]					
	Incentivar	Papel Parental				
	Permitir [participar nos cuidados]					
	Promover	Literacia [Explicar sobre a importância da traqueostomia, cuidados a ter com a mesma, medidas de controlo da dor]				
		Papel parental				
Treinar	Papel parental					

Resultados de Enfermagem			Capacidade para tomar conta	Nível absoluto			
7 Eixos							
Processo Enfermagem	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnósticos de Enfermagem			Capacidade Parental	Comprometida			
	Avaliar		Disponibilidade				
	Confortar						
	Conversar						
	Dar poder [de decisão]						
	Elogiar						
	Encorajar						
	Ensinar [cuidados à traqueostomia, banho a um bebê com traqueostomia, posicionamento, estimulação da sucção, como dar colo]	Pais					
	Envolver [nos cuidados]						
	Incentivar		Ligação mãe/pai – filho				
	Orientar						
	Permitir		Pensamento [reflexão]				
	Promover		Vinculação				
	Supervisionar		Papel parental				
Resultados de Enfermagem			Parentalidade	Efetiva			

7 Eixos Processo Enfermagem	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnósticos de Enfermagem			Dor	Presente	Hospital [Neonatologia]	• Analgésico • Enfermeiro • Linhas de orientação face à dor • Médico • Musicoterapia • Técnica de relaxamento	Contínua
Intervenções de Enfermagem	Administrar [analgesia]	Recém-nascido					
	Aliviar [dor]						
	Avaliar [dor]						
	Ensinar [sobre medidas não farmacológicas para alívio da dor]	Pais					
	Gerir [analgesia]	Recém-nascido					
	Minimizar [dor]						
	Vigiar [sinais de dor]						
	Vigiar		Integridade da pele [traqueostomia]				
Resultados de Enfermagem			Dor	Ausência			
7 Eixos Processo Enfermagem	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnósticos de Enfermagem			Efeito secundário da medicação [síndrome de abstinência neonatal (SAN)]	Presente	Hospital [Neonatologia]		

Intervenções de Enfermagem	Administrar [medicação]	Recém-nascido				• Enfermeiro • Médico • Analgésico • Escala de <i>Finnegan</i>	Frequente [consoante prescrição médica]
	Avaliar [presença de efeitos secundários da medicação através da escala de <i>Finnegan</i>]						Frequente [4/4h]
	Consultar [equipa médica]						Contínua
	Ensinar [sobre SAN, medidas para controlo dos sintomas]	Pais					
	Gerir [efeitos secundários da medicação através de medidas não farmacológicas]	Recém-nascido					
	Registar [efeitos secundários e intervenções de enfermagem]						
	Vigiar [efeitos secundários]		Agitação; eritema; salivação; suor; tremor; vômito				
Resultados de Enfermagem			Efeito secundário da medicação	Diminuído			
7 Eixos							
Processo Enfermagem	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo

Diagnósticos de Enfermagem			Ferida cirúrgica	Atual	Hospital [Neonatologia]		
Intervenções de Enfermagem	Avaliar	Recém-nascido	Cicatrização da ferida			Enfermeiro	Tarde
	Avaliar	Pais	Capacidade para participar				Contínua
			Disponibilidade para aprender				
	Consultar [equipa médica]						
	Demonstrar [cuidados à ferida cirúrgica]	Pais				Tarde	
	Ensinar		Conhecimento sobre cicatrização de ferida			Contínua	
			Conhecimento sobre cuidado à ferida				
	Explicar		[Processo de] cicatrização da ferida				
	Implementar	Recém-nascido				Técnica assética [Realização do penso da traqueostomia]	Sempre
	Vigiar		[sinais de] Dor [sinais de] Infecção				Contínua
Resultados de Enfermagem			Ferida cirúrgica	Melhorada			
7 Eixos Processo Enfermagem	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnósticos de Enfermagem			Limpeza das vias aéreas	Comprometida	Hospital Neonatologia		

Intervenções de Enfermagem	Aspirar mecanicamente	Recém-nascido				• Aparelho de aspiração • Cinesiterapia respiratória • Enfermeiro • Vestuário de proteção	Sempre [que necessário]
	Otimizar [via aérea]						
	Vigiar [presença de secreções]						
Resultados de Enfermagem			Limpeza das vias aéreas	Estado de Normalidade			
7 Eixos Processo Enfermagem	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnósticos de Enfermagem			Sono	Comprometido	Hospital [Neonatologia]		
Intervenções de Enfermagem	Ensinar [sobre posicionamento durante o sono]	Pais				• Dispositivo de Mobilização • Enfermeiro • Incubadora	Sempre [que necessário]
	Explicar		[Importância de um] Sono adequado				
	Gerir	Recém-nascido	Dor				
	Posicionar						
	Promover		Padrão de sono [adequado]				
Resultados de Enfermagem			Sono	Melhorado			
7 Eixos Processo Enfermagem	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnósticos de Enfermagem			Stress do prestador de cuidados	Risco de	Hospital [Neonatologia]		

Intervenções de Enfermagem	Avaliar	Pais	Cansaço				
			Capacidade Parental				
			Disponibilidade [Para participar nos cuidados]				
			Medo [dos pais]				
			Stress do prestador de cuidados				
	Avaliar [Atitude face à doença]						
	Confortar						
	Conversar						
	Elogiar						
	Encorajar [Repouso]						
	[Incentivar] Estar presente						
	Gerir		Emoção negativa				
	[Diminuir] Preocupação						
	Promover		Esperança				
	Providenciar		Apoio Emocional, apoio da pedopsiquiatria e psicologia				
Providenciar [Orientações antecipatórias]							
Tranquilizar							
Resultados de Enfermagem			Stress do prestador de cuidados	Diminuído			
7 Eixos							
Processo Enfermagem	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo

Diagnósticos de Enfermagem			Tomar banho [na banheira]	Interrompido	Hospital [Neonatologia]		
Intervenções de Enfermagem	Avaliar	Pais	Capacidade Parental [Para dar banho]			• Enfermeiro • Incubadora	Tarde
	Cuidar da higiene [na incubadora]	Recém-nascido					
	Demonstrar [banho]	Pais					
	Ensinar [sobre cuidados de higiene ao recém-nascido]						
	Envolver [nos cuidados de higiene]						
	Incentivar [participação]						
	Supervisionar [cuidados de higiene]						
	Treinar [Dar banho]						
Resultados de Enfermagem			Tomar banho	Nível Esperado			
7 Eixos							
Processo Enfermagem	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnósticos de Enfermagem			Ventilação	Comprometida	Hospital [Neonatologia]		
Intervenções de Enfermagem	Aspirar mecanicamente [via aérea]	Recém-nascido				• Dispositivo respiratório • Enfermeiro • Médico • Traqueotomia	Sempre [que necessário]
	Avaliar		Status respiratório				
	Otimizar		Ventilação				

	Vigiar [continuamente]		Status respiratório			• Ventilador	
Resultados de Enfermagem			Ventilação	Estado de Normalidade			
7 Eixos Processo Enfermagem	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnósticos de Enfermagem			Vinculação	Comprometida	Hospital [Neonatologia]		
Intervenções de Enfermagem	Avaliar	Pais	Capacidade Parental			Enfermeiro	Contínua
	Conversar						
	Encorajar [Participação nos cuidados]						
	Envolver [nas rotinas do serviço]						
Resultados de Enfermagem			Vinculação	Efectivo			

Diagnóstico de Enfermagem: Efeito Secundário da Medicação [Síndrome de Abstinência Neonatal] Presente

A síndrome de abstinência neonatal (SAN) pode ser definida como o conjunto de sinais e sintomas, resultantes da exposição a determinado medicamento ou substância, que se manifestam após a sua interrupção (Pennsylvania department of health, 2022; Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPN], 2013).

A SAN pode manifestar-se por um conjunto de sintomas neurológicos (tremores, irritabilidade, choro gritado, diminuição dos períodos de sono, hipertonia, mioclonias, convulsões), gastrointestinais (sucção excessiva e descoordenada, vômitos, diarreia, perda excessiva de peso, desidratação) e do sistema nervoso autónomo (hipersudorese, instabilidade térmica, febre, obstrução nasal, crises esternutatórias, taquipneia) (Bicudo et al., 1999; Pennsylvania department of health, 2022; SPN, 2013).

O início dos sintomas varia em função do medicamento utilizado, quantidade e duração da exposição, sendo que, os mesmos, podem ser facilmente confundidos com outras condições clínicas, nomeadamente, sépsis, hipoglicémia, hipocalcémia, hemorragia intracraniana, encefalopatia hipóxico-isquémica, entre outros (SPN, 2013).

São dois os tipos de SAN, devido ao consumo de drogas no período pré-natal ou secundário à interrupção de medicação utilizada para controlo da dor no RN (Pereira, 2012), nomeadamente em situações de procedimento invasivos, como as cirurgias (Bueno et al., 2008; Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPN], 2006).

A situação apresentada é referente a uma bebé de 5 meses, submetida a um procedimento cirúrgico para colocação de uma traqueostomia. No pós-operatório, aquando do desmame da terapêutica, inicia um quadro sugestivo de SAN. Os sinais e sintomas manifestados, levaram à utilização da escala de *Finnegan* (Apêndice I), no sentido de confirmar o diagnóstico bem como determinar a sua gravidade, constituindo esta a primeira etapa do processo de enfermagem: **Apreciação** (Potter et al., 2018; Ribeiro et al., 2018).

A escala de *Finnegan* é uma das mais utilizadas para avaliar a SAN. Esta permite determinar a sua gravidade e identificar a necessidade de iniciar terapêutica farmacológica (Pennsylvania department of health, 2022; SPN, 2013; Vogado & Figueira, 2021).

Com recurso a esta escala, foi feita a **identificação do diagnóstico** de enfermagem - Efeito Secundário da Medicação [Síndrome de abstinência Neonatal] Presente (OE, 2011) - que corresponde à segunda etapa do processo de enfermagem e que levou, posteriormente, à terceira etapa, a elaboração do plano de cuidados com o **planeamento** das intervenções de enfermagem (Potter et al., 2018; Ribeiro et al., 2018).

A avaliação da SAN, com recurso à escala de *Finnegan*, deve ser feita a cada 4 a 6 horas. Existe indicação para iniciar terapêutica farmacológica se o valor do índice de *Finnegan* for superior ou igual a oito em três avaliações consecutivas ou superior ou igual a 12 em duas avaliações consecutivas, sendo a morfina a terapêutica de primeira linha. O início da mesma deve começar com uma dose mais baixa, aumentando-se gradualmente até se conseguir controlar os sintomas. Com um índice de *Finnegan* consistente, e após se conseguir um controlo de sintomas por um período de 72h, dá-se início ao desmame da medicação, de forma progressiva, até à sua suspensão (SPN, 2013).

No entanto, é através das intervenções não farmacológicas que se destaca a importância do EEESIP, sendo estas igualmente essenciais e dirigidas à redução de estímulos físicos e sensoriais no RN (SPN, 2013).

É importante, entre outras intervenções, promover um ambiente calmo, com pouca iluminação e ruído, recorrer a medidas de contenção, especialmente durante a manipulação, por forma a evitar a desorganização do bebé, alternar frequentemente os decúbitos, em caso de vômitos reduzir a quantidade de alimentação administrada, promover a sucção não nutritiva, respeitar os períodos de sono, vigiar a temperatura, prestar cuidados ao nariz e boca e aspirar secreções sempre que necessário. É indicado manter a monitorização cardiorrespiratória para controlo de efeitos secundários como depressão respiratória, hipotensão, retenção urinária e atraso no esvaziamento gástrico, em situações com recurso a terapêutica farmacológica, como a morfina. Mesmo após a suspensão da medicação é importante manter esta monitorização por um período de 72h (Bueno & Dorigatti, 2023; SPN, 2013).

A presença dos pais e o contacto pele a pele foram identificados como uma intervenção não farmacológica essencial para o controlo dos sintomas da SAN (Pennsylvania department of health, 2022). Desta forma, é premente envolver os pais nos cuidados ao bebé e capacitá-los para que consigam dar resposta às suas necessidades.

Após o planeamento das intervenções, identificadas na tabela acima apresentada, entramos na quarta etapa do processo de enfermagem que corresponde à sua **implementação**, sendo no final aconselhado fazer-se a **avaliação** dessas intervenções, tendo em conta os resultados esperados (Potter et al., 2018; Ribeiro et al., 2018).

Na situação apresentada, foi necessário iniciar medidas farmacológicas concomitantemente com as não farmacológicas para controlo dos sintomas da SAN, tendo sido visível uma eficácia das medidas instituídas, manifestada pela redução dos sintomas apresentados pela bebé.

Importância da elaboração de um plano de cuidados para a prática de Enfermagem

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica definem que o EEESIP, na procura da sublimidade na sua prática profissional, deve recorrer à “utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade”(Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017, p.10).

O processo de enfermagem pode ser definido como

um modelo metodológico que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades, em face de eventos do ciclo vital ou de problemas de saúde, reais ou potenciais, e determinar que aspectos dessas necessidades exigem uma intervenção profissional de enfermagem (Garcia & Nóbrega, 2009, p.189)

Indo ao encontro de alguns autores, o processo de enfermagem pode ser dividido em cinco etapas: apreciação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação (Potter et al., 2018; Ribeiro et al., 2018). O mesmo permite espelhar o percurso delineado desde a identificação das necessidades da criança e família, planeamento de intervenções de enfermagem, à sua execução e posterior avaliação, através de um pensamento crítico, com base na melhor evidência científica disponível (Potter et al., 2018).

A primeira etapa deste processo é fundamental para uma colheita de dados eficaz, que permita a identificação das principais necessidades da criança e família, o estabelecimento de prioridades de intervenção e a elaboração dos diagnósticos de enfermagem (Potter et al., 2018). Por forma a dar resposta às necessidades identificadas,

na fase do planeamento, o enfermeiro deve recorrer à elaboração de um plano de cuidados individualizado (Garcia & Nóbrega, 2009; OE, 2017; Potter et al., 2018; Regulamento nº 190/2015, 2015).

Os cuidados de enfermagem implicam uma abordagem sistemática e intencional e a sua individualidade contribuirá não só para a prestação de cuidados seguros e, desta forma, uma maior qualidade dos cuidados, como a valorização e reconhecimento da intervenção dos enfermeiros (Garcia & Nóbrega, 2009; Ribeiro et al., 2018).

Após a elaboração e execução do plano de cuidados é importante definir momentos de avaliação que o permitam rever e reformular sempre que necessário (Regulamento nº 190/2015, 2015; Ribeiro et al., 2018).

Durante o meu percurso formativo procurei reconhecer a criança e família como o centro dos cuidados e de todas as decisões sobre a sua saúde (Hockenberry, 2024) e desta forma, refletir uma prática assente na filosofia dos CCF.

Com base nesta perspetiva, só faria sentido definir um plano de cuidados em parceria com a família, proporcionando conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas com vista à promoção da parentalidade (Regulamento nº 422/2018, 2018). É essencial que os pais/cuidadores compreendam a informação transmitida e o porquê das intervenções delineadas (Regulamento nº 190/2015, 2015; Ribeiro et al., 2018) por forma a capacitá-los para uma tomada de decisão consciente e para a participação nos cuidados ao filho, conseguindo dar resposta a eventuais intercorrências (Hockenberry, 2024). Para atingir este objetivo não nos podemos, nunca, descentralizar da unicidade de cada família sendo essencial a elaboração de um plano de cuidados que tenha em conta os seus valores, crenças e preferências (Hockenberry, 2024; O'Connor et al., 2019; Smith, 2018). Nesta linha de pensamento torna-se premente o planeamento de intervenções dirigidas aos pais/cuidadores, cuja ação seja direcionada para o “ensinar” (Ribeiro et al., 2018).

Nos dias de hoje, é “inquestionável a valorização que o processo de enfermagem adquiriu no desenvolvimento da profissão” (Ribeiro et al., 2018, p.2) tornando-se essencial não só para a organização do nosso trabalho como para evitar uma prática rotineira, centrada nos cuidados biomédicos, nomeadamente no controlo de sinais e sintomas das doenças, procurando responder às reais necessidades da pessoa e família (Ribeiro et al., 2018).

Referências Bibliográficas

- Bicudo, J. N., Souza, N. D., Mângia, C. M. F., & Carvalho, W. B. D. (1999). Síndrome de abstinência associada à interrupção da infusão de fentanil e midazolam em pediatria. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 45(1), 15–18. <https://doi.org/10.1590/S0104-42301999000100004>
- Bueno, É. F. G., & Dorigatti, D. H. (2023). Cuidados de Enfermagem aos recém-nascidos filhos de mães usuárias de drogas e sensibilização dos profissionais da saúde em relação às mães toxicodependentes. *Revista Saúde em Foco*.
- Bueno, M., Kimura, A. F., & Pimenta, C. A. D. M. (2008). Pharmacological analgesia in neonates undergoing cardiac surgery. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(4), 727–732. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000400012>
- Garcia, T. R., & Nóbrega, M. M. L. D. (2009). Processo de enfermagem: Da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery*, 13(1), 188–193. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100026>
- Hockenberry, M. J. (2024). *Perspectives of Pediatric Nursing* (12^a). Elsevier.
- 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. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (2^a).
- 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.
- Pennsylvania department of health. (2022). *Neonatal Abstinence Syndrome: 2020 Report*.
- Pereira, S. M. G. (2012). *As vivências dos Enfermeiros no cuidado ao recém-nascido com síndrome de abstinência neonatal e sua família* [Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9339>
- Potter, P. A., Stockert, P. A., Perry, A. G., & Hall, A. M. (2018). *Fundamentos de Enfermagem* (9^a).

- Regulamento nº 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Nº 26 de 06-02-2019, 4744–4750. Diário da República, 2ª série.
- Regulamento nº 190/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais., Regulamento n.º 190/2015, 2ª série 10087 (2015).
- 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.
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. D. S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39(0). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0174>
- 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>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013). *Consenso Clínico. RN de mãe toxicodependente*. <https://www.spneonatologia.pt/documents/consensos/>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2006). *Analgesia e sedação no recém-nascido*. https://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/38/20121227103132_consensos_recomendacoes_SPP_168.pdf
- Vogado, C. S., & Figueira, V. B. (2021). *Aspectos relevantes e cuidados na síndrome de abstinência neonatal*.

Apêndice I – Escala de *Finnegan*

Índice de Finnegan

Sistema	Sinais e sintomas	Pontos						Peso diário
	Data	Hora						
Sistema nervoso central	Choro gritado<5mn	1						
	Choro gritado>5mn	2						
	<3h sono após refeição	1						
	<2h após refeição	2						
	<1h após refeição	3						
	Moro aumentado	2						
	Moro muito aumentado	3						
	Tremor ligeiro c/ estímulo	1						
	Tremor moderado/grave c/ estímulo	2						
	Tônus muscular aumentado	2						
	Escoriações (face, joelho, cotovelos, dedos)	1						
	Movimentos mioclônicos	3						
	Convulsões	5						
Distúrbios vasomotores respiratórios	Sudação	1						
	Hipertermia >37,2°C <38,2°C	1						
	Hipertermia >38,4°C	2						
	Bocinhos frequentes (>3-4/intervalo)	1						
	Exantema	1						
	Obstrução nasal	1						
	Espirros frequentes (>3-4/intervalo)	1						
	Frequência respiratória>60	1						
	Frequência respiratória>60 + tiragem	2						
Distúrbios gastrointestinais	Ádono nasal	2						
	Sução excessiva	1						
	Recusa alimentar	2						
	Regurgitação	2						
	Vômitos em jacto	3						
	Fezes moles	2						
	Diarreia aquosa	3						
Pontuação total								

(SPN, 2013)

Apêndice XXI – Reflexão crítica: Empoderamento Parental na
Doença Crónica

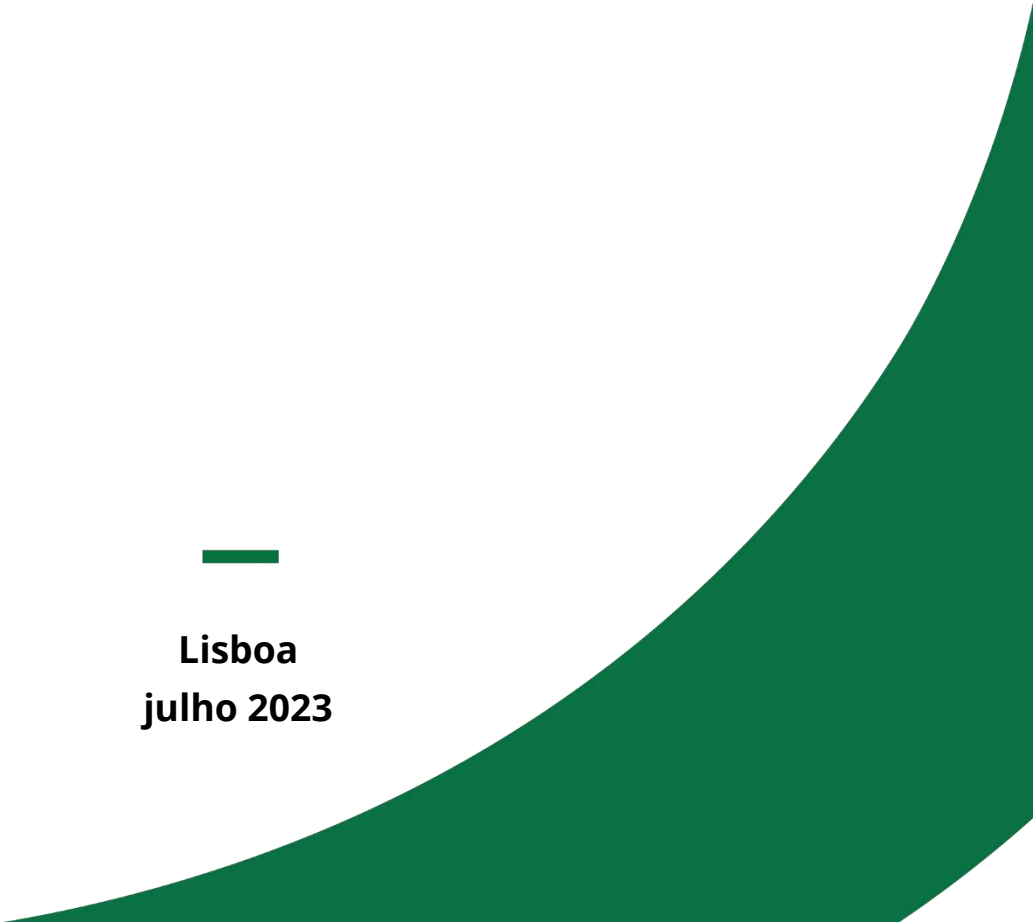
Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular Estágio

Empoderamento Parental na Doença Crónica

Margarida Damásio Geada da Costa Seoane

**Lisboa
julho 2023**



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular Estágio

Empoderamento Parental na Doença Crónica

Margarida Damásio Geada da Costa Seoane

Professor Orientador:
Sónia Borges Rodrigues

Lisboa
julho 2023

A large, solid green decorative shape that starts as a thin line on the left and curves upwards and to the right, ending in a thick, triangular shape at the bottom right corner of the page.

Índice

Introdução	4
Empoderamento Parental na Doença Crónica	6
Conclusão	10
Referências Bibliográficas	11

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular Estágio, integrada no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, em contexto do centro de desenvolvimento, foi-nos proposta a elaboração de uma reflexão crítica relacionada com uma intervenção de enfermagem observada durante o estágio.

Neste estágio confrontei-me com situações muito complexas de crianças e jovens, dos 2 aos 19 anos que sofreram acidentes que resultaram em traumatismos crânio encefálicos ou lesões vertebro medulares, acidentes vasculares cerebrais, embolias cerebrais pós-cirurgia, entre outras. Todas estas situações exigiram uma reorganização e adaptação da família às novas condicionantes e necessidades. Estamos perante crianças e jovens previamente saudáveis, com um desenvolvimento adequado à idade e, num determinado momento da sua vida, sofreram um destes eventos, tornando-se dependentes dos pais, para tarefas que já realizavam de forma autónoma, mudando drasticamente a vida destas famílias.

No decorrer destas situações, é expectável que os pais se reinventem, no sentido de ganhar forças para se adaptarem a uma nova e difícil realidade, e sejam capazes de adquirir os conhecimentos e desenvolver as competências necessárias para cuidar do seu filho de forma autónoma, quando o mesmo reunir as condições para voltar a casa. Esta preparação e adaptação dos pais exige aos profissionais de saúde e particularmente ao enfermeiro uma intervenção focada nas necessidades da família, por forma a suportar este processo.

Na nossa prática profissional deparamo-nos frequentemente com estes casos que nos fazem muitas vezes pensar se estamos a agir da forma mais correta e a fazer o melhor pela criança/jovem e pela sua família. Por esta razão, a prática reflexiva tem-se demonstrado essencial à nossa aprendizagem, no sentido em que nos leva a olhar para a nossa prática de uma forma crítica, mudando pensamentos e adquirindo conhecimentos que nos permitem dar resposta aos vários desafios que vão surgindo e contribui, desta forma, para a nossa evolução enquanto enfermeiros e futuros Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) (O'Connor, 2007; Peixoto & Peixoto, 2016).

O que verifiquei ao longo deste estágio foi o trabalho exímio do EEESIP no empoderamento destes pais, tornando-se um tema que mereceu a minha atenção e reflexão, uma vez que o cuidar da criança/jovem e famílias em situações de especial complexidade, promovendo a esperança e capacitando-as para a adoção de estratégias de *coping* e adaptação, integra as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Este trabalho foi elaborado segundo as orientações para elaboração e apresentação de trabalhos escritos, em vigor na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e referências bibliográficas realizadas de acordo com a norma APA 7ª edição.

Empoderamento Parental na Doença Crónica

No decorrer do estágio deparei-me, na sua grande maioria, com patologias como Paralisias Cerebrais, Traumatismos Crânio Encefálicos, Lesões Vertebro Medulares, Acidentes Vasculares Cerebrais e outras doenças neurológicas, sendo que todas elas provocam nas crianças e jovens incapacidades a nível motor, tornando-os, pelo menos numa fase inicial, totalmente dependentes de terceiros, quase sempre os pais, para as suas atividades de vida diárias.

Doença crónica pode definir-se como uma “doença de longa duração, com incapacidades e défices residuais a médio e longo prazo, expresso em maior ou menor percentagem de necessidade de cuidados de saúde e sua supervisão” (Maravilha et al., 2021, p.2). Sendo que esta obriga a criança e a família a enfrentar novos desafios, como hospitalizações, tratamentos, gestão da dor e, numa fase inicial, para além de extremamente complexa, leva a internamentos prolongados, que carecem do empoderamento parental e da criança/jovem, no sentido de se tornarem o mais independentes possível e serem capazes de se integrar de novo no seio familiar e na sociedade (Basto et al., 2012).

A filosofia da instituição onde estagiei tem por base o modelo das atividades de vida diárias que vê a criança o núcleo de um sistema que está em constante interação com o ambiente e define que a vida é um conjunto de atividades de vida diárias e a forma como cada uma é realizada contribui para a individualidade, independência e integração sociofamiliar de cada criança/jovem tendo o EEESIP em parceria com o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação um papel fundamental no treino destas atividades de vida diárias, que incluem não só autocuidados como vestir, alimentar-se, tomar banho mas também o ser capaz de se virar na cama, sentar-se ou abrir uma porta (Fonseca et al., 2017).

A adaptação à nova realidade, às limitações impostas pela doença crónica, os desafios na gestão do dia-a-dia, da sintomatologia, do regime terapêutico, das necessidades de cuidados de saúde é, na maioria das vezes, desafiante e difícil, sendo a intervenção do EEESIP junto das crianças/jovens e famílias muito direcionada para o empoderamento parental que está comprovado ser fundamental e insubstituível (Maravilha et al., 2021).

A família é única e a constante na vida da criança/jovem. A filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF) coloca o paciente e a família no centro de todos os cuidados e de todas as decisões sobre a sua saúde e o EEESIP deve procurar estabelecer uma relação de confiança com estas famílias e planear os cuidados em parceria com os mesmos, transmitindo orientações antecipatórias e respeitando sempre a individualidade de cada um, a fase do desenvolvimento em que a criança/jovem se encontra e os valores, crenças e preferências da família, tendo por base a imparcialidade, honestidade e o respeito (O'Connor, 2007; Regulamento n.º 422/2018, 2018; Smith, 2018)

O empoderamento parental está diretamente ligado aos CCF (Ashcraft et al., 2019) e é um processo de participação mútua e comunicação entre os profissionais de saúde e as famílias que passa pela promoção da saúde, no sentido de dar às famílias um sentimento de controlo sobre as decisões e ações que afetam a saúde dos seus filhos (Borges Rodrigues et al., 2020; World Health Organization (WHO), 2021). São vários os fatores que têm influência neste processo de empoderamento parental, nomeadamente, o bem-estar dos pais, a idade da criança/jovem, a complexidade da doença, as características sócio económicas, as expectativas culturais, barreiras linguísticas, existência de outros filhos na família, entre outras (Ashcraft et al., 2019; Perk et al., 2022).

Muitos pais não se sentem capazes para assumir este papel de cuidadores de um filho com necessidades especiais, referem medos relacionados com erros na preparação e administração da medicação e controlo ineficaz da dor, no entanto, após um período de internamento os cuidados vão ter de continuar a ser prestados em casa e esta preparação para a transição do internamento para casa deve ser feita com segurança, evitando ao máximo reinternamentos não planeados e que os pais entrem num estado de *stress*, ansiedade ou mesmo depressão (Perk et al., 2022).

É essencial que os pais/cuidadores sejam capazes de expressar as suas necessidades, dificuldades e preocupações de forma a criar estratégias que lhes permitam estar envolvidos não só no processo de tomada de decisão sobre a saúde dos filhos (WHO, 2021), como também na prestação diária de cuidados, sendo que este envolvimento vai aumentar a sua confiança, permitindo identificar e mobilizar ferramentas que facilitem a gestão da situação de doença (Ashcraft et al., 2019).

Foi possível verificar, em alguns casos, principalmente nas famílias de crianças em situações mais complexas e internamentos mais prolongados, a união entre pais durante

o internamento, onde partilham os seus sentimentos e experiências e é perceptível que pais empoderados são também essenciais no empoderamento de outros pais em situações semelhantes mas em fases diferentes do processo da doença (Ashcraft et al., 2019).

Uma das estratégias que o EEESIP deve implementar ao lidar com pais de filhos com doenças crónicas é a promoção da esperança que cada vez tem mais reconhecimento como essencial para enfrentar os momentos mais difíceis no processo de saúde-doença, permitindo aos pais definir objetivos realistas e encontrarem o conforto necessário, facilitador da qualidade de vida (Maravilha et al., 2021).

A esperança é “essencial, poderosa, deliberada, que sustenta a vida, dinâmica e encarada como um processo cíclico, influenciada pelo tempo” (Maravilha et al., 2021, p.6), é uma ferramenta que permite aos pais enfrentarem os desafios que vão surgindo e prepará-los para o pior cenário possível. Ajuda-os a aceitar a condição de doença dos filhos, independentemente do prognóstico e tem uma enorme influência nas tomadas de decisão relacionadas com o tratamento e a prestação de cuidados (Maravilha et al., 2021).

Os pais têm esperança na cura, pela estabilização da doença, qualidade de vida, regresso à normalidade, com o mínimo sofrimento para os filhos. Eles precisam em primeiro lugar de aceitar a nova realidade, o diagnóstico do filho e reconstruir a esperança, procurando encontrar um lado positivo na fase que estão a viver sendo que muitos pais manifestam uma grande preocupação na possibilidade de perder essa esperança. Qualquer pai deseja que o filho cresça feliz, aceitando a sua própria condição e mantendo acima de tudo a sua autoconfiança (Maravilha et al., 2021).

Neste sentido, o EEESIP é essencial para a promoção da esperança, valorizando a criança e família, envolvendo-se emocionalmente no processo de saúde-doença, procurando empoderar as famílias, fornecer informação pertinente e essencial e facilitar o processo de mudança (Ordem dos Enfermeiros, 2010) mantendo também eles a esperança pois muitas vezes esta é a força que resta aos pais uma vez que “promover a vida é também promover a esperança (...) não só enquanto há vida há esperança, como também enquanto há esperança há vida!” (Basto et al., 2012, p.52).

Ao longo do estágio, assisti diariamente a este ao investimento multidisciplinar (enfermeiros, médicos, educadores, psicólogos, auxiliares de ação médica, fisioterapeutas, entre outros) no cuidado às crianças/jovens e suas famílias, onde se

prima pelo profissionalismo associado a uma relação familiar, próxima, que transmite segurança na vivência deste processo adaptativo tão exigente e complexo. A intervenção do EEESIP é fundamental no empoderamento parental e manutenção da esperança. Tendo sido um privilégio cruzar-me com estes pais, que demonstram diariamente uma enorme resiliência e progressivamente, em resultado da parceria de cuidados ao longo do internamento, se sentem empoderados para participar ativamente nas decisões e nos cuidados diários dos seus filhos.

Conclusão

Muitas destas crianças e jovens em situações de doença crónica sofreram acidentes, alguns evitáveis, e que levam os pais a manifestarem um sentimento de culpa e impotência. É uma fase de choque na realidade destas famílias e leva à necessidade de reorganização e adaptação à nova condição de vida.

Muitos pais referem sentir-se incapazes e inseguros para assumir os cuidados aos seus filhos, no entanto o previsto é que estas crianças/jovens regressem a casa, à sua nova normalidade sentindo-se parte integrante do seio familiar e da sociedade. Neste sentido, o trabalho do EEESIP tem-se demonstrado insubstituível na prestação de cuidados holísticos, com foco no empoderamento parental e na promoção da esperança, para que os pais sejam capazes de ver um lado positivo desta nova condição de vida e se sintam seguros para voltar a casa e capazes de cuidar dos filhos e ajudá-los a desenvolver o máximo de autonomia possível. O apoio à inclusão destas crianças/jovens, o empoderamento parental nomeadamente para a gestão da dor, durante o internamento e após a alta, que é referida como um grande receio para estes pais e a capacitação das crianças/jovens e famílias na adoção de estratégias de *coping*, adaptação e de promoção da esperança fazem parte dos cuidados imprescindíveis do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018, 2018) não esquecendo nunca que “Cuidar é primeiro que tudo um ato de VIDA” (Collière, 1989, conforme citado por Basto et al., 2012, p.52).

Referências Bibliográficas

- 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>
- 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.
- Borges Rodrigues, S., 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>
- Fonseca, C., Coroado, R., & Pissarro, M. (2017). A importância do Modelo das Atividades de Vida de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney na formação de estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem. *Journal of Aging & Innovation*, 6(3), 96–102.
- Maravilha, T. L. F. D., Marcelino, M. F. L., & Charepe, Z. B. (2021). Fatores influenciadores da esperança nos pais de crianças com doença crônica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE001545. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR01545>
- 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)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.
- 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>
- 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.

- 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>
- Van Der Perk, C.-J., Van De Riet, L., Alsem, M., Van Goudoever, J. B., & 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>
- World Health Organization. (2021). *Health Promotion Glossary of Terms 2021*.

Apêndice XXII – Jornal de aprendizagem: Intervenção do EEESIP
em situação de Doença Crónica

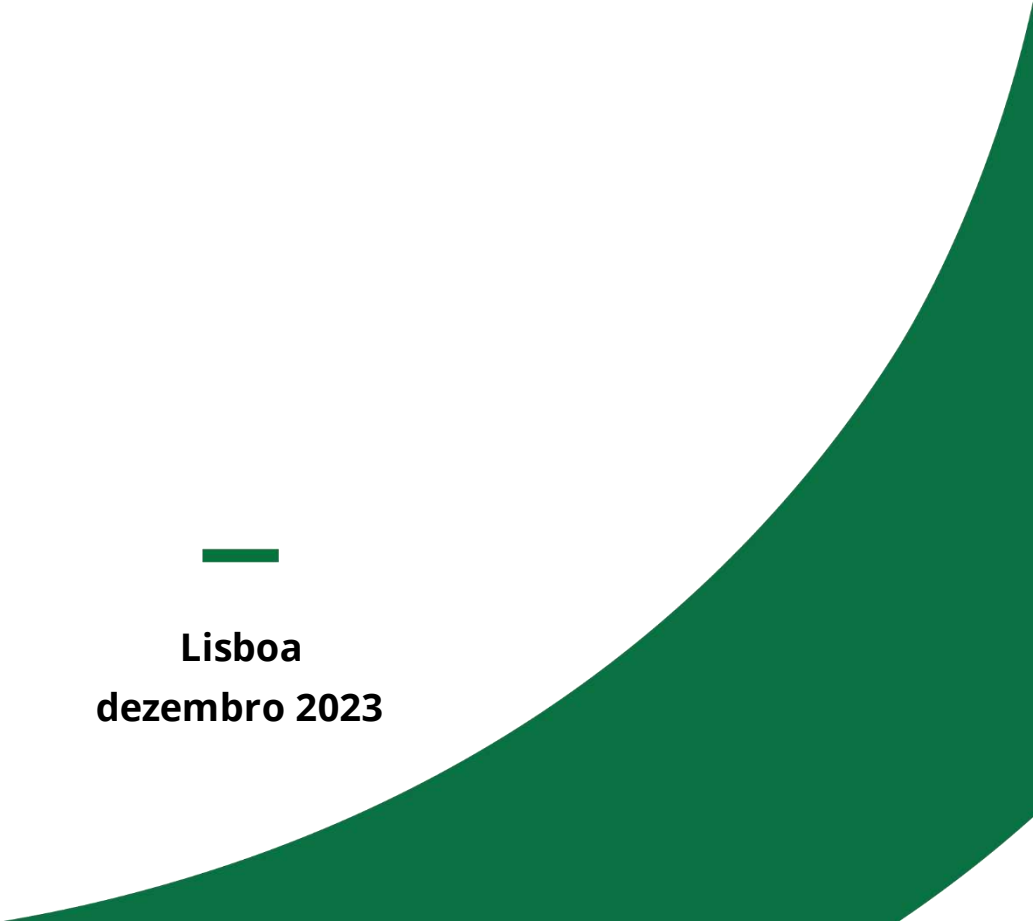
**Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**Intervenção do EEESIP em situação de
Doença Crónica**

Margarida Damásio Geada da Costa Seoane

**Lisboa
dezembro 2023**



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

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**Intervenção do EEESIP em situação de
Doença Crónica**

Margarida Damásio Geada da Costa Seoane

Professor Orientador:
Sónia Borges Rodrigues

**Lisboa
dezembro 2023**



Índice

Introdução.....	4
Intervenção do EEESIP em situação de Doença Crónica.....	6
Descrição da Situação	6
Sentimentos	7
Avaliação.....	10
Análise	11
Conclusão e Plano de Ação.....	14
Conclusão.....	15
Referências Bibliográficas.....	16

Introdução

Durante o estágio no Internamento de Pediatria tive o privilégio de acompanhar e receber orientação por parte de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) que não só se destaca pelos seus anos de experiência como pela enorme paixão que transmite pela pediatria. A mesma integra uma equipa que acompanha crianças e adolescentes com Diabetes *Mellitus* tipo 1 que colocaram ou são elegíveis para colocar bombas de perfusão subcutânea contínua de insulina.

A Diabetes é uma doença crónica que pode ser caracterizada pela incapacidade do pâncreas em produzir insulina (hormona que regula a glicémia) suficiente ou incapacidade do corpo em usar de forma eficaz a insulina que produz. Na Diabetes *Mellitus* tipo 1 o pâncreas não é capaz de produzir insulina suficiente, o que requer a administração diária da mesma (World Health Organization [WHO], 2023). Este é o tipo de Diabetes mais comum em crianças (Associação Portuguesa de Nutrição, 2022; Direção Geral da Saúde [DGS], 2011). Existem, no mundo, 1,1 milhões de crianças e jovens com idades entre os 0 e os 19 anos que apresentam Diabetes *Mellitus* tipo 1 (Associação Portuguesa de Nutrição, 2022).

A bomba de insulina é um dispositivo eletrónico colocado externamente ao corpo, que permite a administração contínua de insulina numa quantidade pré-definida programada que pode variar ao longo das 24h. São várias as vantagens apontadas para a utilização destas bombas, destacando a administração ilimitada e indolor de bólus de insulina, maior precisão das doses de insulina administradas, menor variabilidade na absorção de insulina uma vez que só é utilizado um tipo de insulina, programação personalizada ao longo das 24h, ajuste durante a prática desportiva por forma a evitar episódios de hipoglicémia e, consequentemente, um maior controlo da doença, que leva a uma melhor qualidade de vida (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, s.d.).

Antes da colocação da bomba de insulina é essencial aprender a funcionar com a mesma e conhecer bem a doença. Nesse sentido, a educação para a saúde junto da criança/jovem e família é fundamental para que os mesmos sejam capazes de gerir a sua condição de saúde e prevenir complicações a curto e longo prazo. A intervenção do EEESIP torna-se prioritária, no sentido de empoderar estas crianças/jovens e famílias,

motivando-as para aprender sobre o processo de doença, procurar que se sintam capazes de partilhar dúvidas e preocupações e participar em todo o processo da doença com vista à adoção de comportamentos potenciadores de saúde que promovam o saudável crescimento e desenvolvimento infantil (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

O pouco conhecimento que tenho sobre a Diabetes, em particular, sobre as bombas de insulina e o desafio que sinto aquando da relação com o adolescente motivaram a minha decisão em participar nestas consultas e em elaborar um jornal de aprendizagem sobre as mesmas.

Este jornal de aprendizagem foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e foi estruturado com recurso ao ciclo de Gibbs que contempla seis etapas, sendo elas, (1) a descrição da situação vivida, (2) os sentimentos manifestados, (3) a avaliação da situação, (4) a análise da situação, (5) a conclusão e (6) o plano de ação (O'Connor, 2007). Foi elaborado segundo as orientações para elaboração e apresentação de trabalhos escritos, em vigor na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e referências bibliográficas realizadas de acordo com a norma APA 7ª edição.

Intervenção do EEESIP em situação de Doença Crónica

Descrição da Situação

O serviço de Internamento de Pediatria do Hospital onde estagiei é composto por quartos de internamento e pelo Hospital de Dia onde são realizadas consultas de diabetes para crianças/jovens com bombas de perfusão subcutânea contínua de insulina, orientadas por uma equipa constituída por Enfermeiros, Médicos e Nutricionistas.

Embora no Hospital já exista uma consulta de Endocrinologia, no serviço de Consultas Externas, mais recentemente foi criada a consulta de diabetes para acompanhamento de crianças/jovens com bombas de insulina, tendo a primeira bomba deste serviço sido colocada em 2021.

Se a criança for elegível para colocação de bomba, um mês antes da sua colocação é realizada uma formação aos pais ou cuidadores e à criança/jovem em questão, tendo em conta a idade da mesma e a sua capacidade de compreensão da informação transmitida. Essa formação tem uma duração de 8 horas e é realizada por uma equipa multidisciplinar, constituída por um elemento da equipa de Enfermagem, Médica, Nutrição e Psicóloga. São abordadas inúmeras questões, nomeadamente o funcionamento das bombas, situações de hipoglicémia, hiperglicémia com cetonemia, atividade física, insulinoaterapia, cetoacidose diabética, contagem de hidratos de carbono, entre outras temáticas. No fim da formação é entregue um guia aos pais que contempla toda a informação abordada ao longo da mesma.

A colocação da bomba é feita no Hospital. Nas primeiras bombas colocadas, no dia da colocação a criança permanecia internada no Hospital de dia. Mas sendo uma questão que interfere com gestão de camas e organização do serviço, e como nem sempre existe uma vaga disponível para esse efeito, neste momento o procedimento passa por após a colocação da bomba, que decorre geralmente no período da manhã, pelas 9h, a criança fica internada durante todo o período da manhã no Hospital de Dia, tendo alta para o domicílio ao fim da tarde. Ao longo do dia são esclarecidas dúvidas e validadas informações com os pais e com a criança/jovem. No dia seguinte à colocação da bomba regressam ao hospital para uma consulta de nutrição e voltam novamente mais um dia para fazerem, autonomamente e com supervisão da equipa médica, a substituição das cânulas e reservatórios das bombas.

Ao longo do primeiro mês são realizadas consultas semanais, sendo o seguimento feito com base na norma em vigor no serviço e ajustado às necessidades de cada criança/jovem e família sempre que necessário. É feita também uma articulação com a Enfermeira da Saúde Escolar para acompanhamento adequado da criança/jovem na escola. A pedido da Enfermeira de Saúde Escolar, já foi realizada uma formação, dada pela equipa de Enfermagem das consultas de Diabetes para a equipa de enfermagem da Saúde Escolar.

É realizada uma referenciação anual para consultas de Psicologia, Oftalmologia e Estomatologia e, sempre que necessário, referenciação para Pedopsiquiatria, Dermatologia e Nefrologia.

A todos os pais e crianças/jovens com telemóvel é disponibilizado o contacto do serviço e de uma Enfermeira que integra a equipa da consulta de bombas, estando disponíveis 24h para esclarecimento de dúvidas por via telefónica.

Mais recentemente foi proposta a realização de um convívio anual com todos os profissionais de saúde envolvidos nestas consultas e com todas as crianças/jovens e famílias.

Ao longo do estágio tive oportunidade de participar em três consultas de Diabetes com três adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e 16 anos já com bomba de perfusão de insulina e acompanhei também o internamento de uma criança de 2 anos diagnosticada com Diabetes inaugural.

Sentimentos

Tive a oportunidade e o privilégio de participar nas consultas de diabetes, sob orientação de uma EEESIP que integra, desde o início, a equipa de diabetes do serviço. Foi possível observar o seu excelente trabalho e dedicação, bem como de toda a equipa, e a relação de respeito e confiança que é estabelecida com estas crianças/jovens e com as suas famílias.

Um dos grandes desafios sentidos ao longo destas consultas foi o de chegar até ao adolescente e à sua família, no sentido de ser capaz de mobilizar estratégias para criar uma relação de confiança e para que os mesmos se sintam capazes de aceitar e participar

em todo o processo da doença. Percebi que esta relação é sentida como um desafio para todos, não é algo inato e carece de tempo e dedicação até ser atingida.

Os adolescentes têm uma maior dificuldade na adaptação à doença crónica porque para eles ter diabetes é ser diferente (Barry & Connelly, 2017). A adolescência é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o período entre a infância e a idade adulta, dos 10 aos 19 anos. É uma etapa crucial do desenvolvimento onde são moldadas as bases para aquisição de comportamentos promotores da saúde e que terão grande impacto no futuro, pois a tendência é de manter esses mesmos comportamentos ao longo da vida adulta (DGS, 2019; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010; WHO, s.d.).

A doença crónica pode ter um grande impacto sobre o adolescente e sobre as decisões adotadas pelo mesmo face à sua saúde, uma vez que interfere com a sua identidade, com o sentimento de independência, com o controlo do humor e dos medos e é vista pelo mesmo como uma barreira à normalidade no seu dia-a-dia, que pode afetar negativamente o controlo da doença, influenciando a sua qualidade de vida. Frequentemente os adolescentes referem sentir-se diferente dos pares e manifestam sentimentos como vergonha e medo de serem excluídos do grupo de amigos, acabando por fazer escolhas que comprometem o seu bem-estar e a sua qualidade de vida (Gürkan & Bahar, 2020).

É muito importante que os profissionais de saúde, durante a sua intervenção, demonstrem disponibilidade e sejam capazes de estabelecer uma relação de confiança com o adolescente que promova a vinculação e facilite a expressão de sentimentos, partilha de dúvidas, receios e perspetivas, sentido que com esta relação sairão apenas beneficiados e nunca prejudicados (OE, 2010).

O apoio parental pode ser um fator protetor no controlo da doença embora muitas vezes os adolescentes, querendo agir como adultos e assumir o controlo total sobre o processo de doença, não se sintam capazes para aceitar essa ajuda. (Barry & Connelly, 2017; Gürkan & Bahar, 2020; OE, 2011). A relação negativa com a família é vista como uma barreira ao controlo da doença (Gürkan & Bahar, 2020). Esta deve ser uma temática abordada em conjunto com os profissionais de saúde trabalhando no sentido de adoção de estratégias de *coping* e adaptação, adequando o suporte familiar e referenciando, sempre que necessário, o adolescente e a sua família para outras especialidades como a Psicologia e a Pedopsiquiatria (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Mas também as famílias sofrem muito com o impacto inicial da doença. A doença crónica é um processo difícil de transição para os pais. Requer uma adaptação e atenção contínua por partes dos mesmos, existindo inicialmente uma fase de negação e só depois a mobilização de estratégias de *coping* para aceitar a nova realidade (Rostaminasab et al., 2023).

Nas consultas que assisti de três adolescentes, as três já com bombas, verifiquei um aceitação por parte das famílias no que toca à doença crónica, tendo as mesmas verbalizado que inicialmente foi um processo muito difícil e exigente mas agora já vêm a Diabetes como parte da rotina. No entanto, acompanhei também uma criança de 2 anos a quem lhe foi diagnosticada uma diabetes inaugural e presenciei o medo e angústia dos pais, pelo incerto e pela falta de conhecimento sobre a doença e sobre o que esperar do futuro do seu filho.

Estamos a falar de uma criança que depende totalmente dos pais para todo o processo da doença, seja na administração de insulina, assim como no controlo sobre a alimentação, sabendo nós que a vontade de comer nestas idades pode ser imprevisível, e foi realmente um desafio que presenciei durante o internamento desta criança. Também nestas idades as crianças passam por grandes alterações de humor que podem facilmente ser confundidos como fases do desenvolvimento ou relacionados com hipoglicémias ou hiperglicémias (OE, 2011).

Estes pais manifestaram medo do momento da administração da insulina pela possibilidade de causarem dor ao filho, que pode ser visto negativamente pela criança e afetar a relação entre pais e filho (OE, 2011). O EEESIP tem aqui uma enorme responsabilidade na assistência à família, procurando que a mesma encontre esperança e motivação para assumir o seu papel parental que se encontra numa fase de transição (Regulamento n.º 422/2018, 2018), sendo que a sobrecarga que a doença crónica provoca nos cuidadores pode levar a fadiga, esgotamento, ansiedade e depressão (Rostaminasab et al., 2023).

Quanto melhor os pais dominarem a doença, a sua fisiopatologia, a função da insulina, aspetos relacionados com a alimentação e a prática de exercício físico, mais facilmente conseguirão entender os efeitos que a mesma causa na criança. Os pais precisam de respostas às suas dúvidas por forma a sentirem maior confiança e sentirem-se empoderados para lidar com a doença (Barry & Connelly, 2017).

Uma das temáticas abordadas pela minha orientadora junto destes pais foi precisamente a gestão da dor e as estratégias que os mesmos poderiam utilizar para a sua minimização no momento da administração de insulina, sendo que as medidas não farmacológicas “funcionam como um importante recurso para o alívio da dor” (OE, 2013, p.17) e são uma mais-valia na promoção da saúde e do bem-estar da criança (OE, 2013).

Estratégias como a distração, a simulação do procedimento com bonecos, a utilização de um boneco que proporcione conforto e segurança à criança e o recurso a um ambiente calmo foram sugeridas aos pais. É importante fornecer orientações antecipatórias (Regulamento n.º 422/2018, 2018) e informar a criança sobre todo o procedimento, ajudando-a a encontrar ferramentas para participar no controlo da sua dor. Quando a criança for capaz de utilizar estratégias positivas para lidar com a dor é muito importante o reforço positivo, elogiando o seu comportamento e entregando por exemplo um autocolante ou outra recompensa (OE, 2013).

Avaliação

Para além da relação estabelecida entre os profissionais de saúde, as adolescentes e a família, um dos pontos positivos presenciados nestas consultas foi o de perceber que os cuidados são individualizados e adaptados a cada adolescente e a cada família tendo em conta crenças e valores de cada um (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 422/2018, 2018) desenvolvendo uma prática profissional ética e legal, tendo por base princípios, valores e normas deontológicas (Regulamento n.º 140/2019, 2019), bem como a fase da doença, maturidade, estilo de vida e faixa etária, dando resposta às necessidades individuais de cada pessoa e de cada família (OE, 2011).

Foi preocupante perceber que nem sempre estas adolescentes têm cuidado com a alimentação e por vezes falham na adesão ao regime terapêutico, por exemplo quando retiram as bombas durante períodos de tempo muito prolongados. Isto acontece mais em situações de baixo nível de escolaridade ou de instabilidade familiar.

É muito importante a continuidade e qualidade dos ensinamentos realizados junto do adolescente para que o mesmo perceba a importância da adesão ao regime terapêutico, promovendo a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde e reforçando a tomada de decisão responsável (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Também a alimentação do adolescente com doença crónica é um tema prioritário uma vez que

a alimentação da criança/adolescente com diabetes deve cumprir os objetivos de qualquer regime nutricional que promova o crescimento e desenvolvimento saudáveis e, simultaneamente, contribua para: controlar a glicémia; controlar a lipídemia; e reduzir o risco e a frequência das complicações da diabetes (OE, 2011, p. 108).

É importante fazer uma adaptação individualizada no que diz respeito à alimentação, tendo por base aspetos como a cultura, etnia e reencaminhar o adolescente, sempre que necessário para consultas de nutrição trabalhando no sentido de negociar um contrato de saúde com o adolescente que promova o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis sendo por isso fundamental o trabalho em conjunto com a equipa multidisciplinar incluindo Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas, Psicólogos, entre outros e ser feita referenciação, sempre que possível e necessário para consultas de outras especialidades (Regulamento n.º 351/2015, 2015).

O processo de empoderamento, que envolve o conhecimento e informação, habilidades comportamentais, responsabilidade, e auto-eficácia, é a base da intervenção do enfermeiro, permitindo que as crianças/jovens e famílias consigam utilizar todo o seu potencial para controlar a doença (Rostaminasab et al., 2023).

Neste sentido, destaco a importância do planeamento de momentos durante as consultas para a transmissão de informação e realização de ensinamentos mas também de momentos de supervisão e validação da informação, dando oportunidade para esclarecimento de dúvidas.

Análise

Os profissionais de saúde, nomeadamente os EEESIP, têm uma enorme influência sobre o adolescente e sobre a sua família ao longo da vida (Alligood, 2018).

Um dos maiores contributos do EEESIP é o da Promoção da Saúde. Quando a mesma é feita diretamente com o adolescente torna-se necessário adaptar a informação dada e as estratégias de comunicação. Mostrar disponibilidade para o ouvir, para que expresse os seus sentimentos, falar com recurso a uma linguagem simples, assegurar o direito à sua privacidade (Regulamento nº 140/2019, 2019), permitir que o mesmo tenha

parte integrante nas decisões sobre a sua saúde e reforçar positivamente comportamentos promotores da saúde são algumas das estratégias para uma boa comunicação com o adolescente (OE, 2010) e que me foi possível assistir ao longo das consultas.

A Promoção da Saúde é uma ferramenta essencial para capacitar o adolescente a fazer a autogestão da doença. A educação sobre a doença e sobre estratégias comportamentais para lidar com a mesma têm-se demonstrado eficazes na alteração de estilos de vida dos adolescentes, o que reduz o número de hospitalizações associadas ao mau controlo glicémico (Gürkan & Bahar, 2020).

São várias as barreiras identificadas pelos adolescentes que os impedem de gerir eficazmente a doença. As três principais são os sentimentos negativos sobre a doença, barreiras pessoais e barreiras ambientais (Gürkan & Bahar, 2020).

Os adolescentes que mantêm uma atitude negativa perante a doença acabam por ter maior dificuldade de adaptação à mesma sendo que questões como a aparência podem ser um grande obstáculo à adaptação eficaz (Gürkan & Bahar, 2020).

Dentro das barreiras pessoais temos a falta de conhecimento sobre a diabetes, nomeadamente questões como administração de insulina, hipoglicémias, hiperglicémias e questões alimentares (Gürkan & Bahar, 2020). Para o adolescente ser capaz de gerir a sua condição de saúde é essencial o domínio da doença por forma a promover a sua autonomia e desenvolvendo competências para a gestão autónoma dos processos específicos de saúde/doença (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Também algumas características pessoais, como a preguiça ou o esquecimento, muito comuns nesta faixa etária, podem ter influência na eficácia do controlo da Diabetes (Gürkan & Bahar, 2020) tornando-se necessária a identificação de estratégias e abordagens que motivem eficazmente os indivíduos a gerir positivamente a sua condição de saúde.

O apoio parental é um fator de proteção para o controlo da doença. As situações de conflito entre pais e adolescentes são vistas como barreiras ambientais que promovem um controlo ineficaz da doença (Gürkan & Bahar, 2020).

Também as escolas podem ser incluídas nas barreiras ambientais. Muitos dos alimentos fornecidos em ambiente escolar não são os mais adequados para uma criança/jovem com Diabetes. Os professores podem não ter conhecimentos sobre a

doença e intervenção em situações de hipoglicémia ou hiperglicemia sendo por isso essencial serem criados programas no âmbito da saúde escolar (Gürkan & Bahar, 2020). No hospital onde realizei o meu estágio é feita uma articulação com a Enfermeira da Saúde Escolar para um acompanhamento mais adequado da criança/jovem na escola tendo já sido realizada uma formação, pela equipa de enfermagem das consultas de diabetes, junto da equipa de enfermagem da saúde escolar. A educação nas escolas pode aumentar a consciencialização da criança/jovem para com a doença e levar a um compromisso com comportamentos potenciadores da saúde (Gürkan & Bahar, 2020). A referenciação da criança à equipa de Saúde Escolar pode ser iniciada pelos serviços de saúde, neste caso foi iniciada pelo hospital, pelos pais ou pela escola. No âmbito da intervenção precoce, em crianças até aos 6 anos de idade, a equipa de Saúde Escolar referencia as crianças para a equipa local de intervenção e vice-versa. A Saúde Escolar, em colaboração com os serviços de saúde, com os pais e com um elemento da escola, elaboram um plano de saúde individual para aquela criança/jovem que avalia o impacto das condições de saúde e identifica medidas que sejam necessárias implementar com vista ao melhor desempenho escolar, que pode ser negativamente afetado pela condição da criança/jovem, sendo prioritária a redução das barreiras existentes (DGS, 2015) uma vez que “todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar” (DGS, 2015, p.4).

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender identifica fatores cognitivos e perceptivos, nomeadamente benefícios e barreiras de uma determinada ação, como os principais responsáveis por comportamentos promotores da saúde (Alligood, 2018). O EEESIP deve procurar conhecer o adolescente perceber quais os benefícios que ele vê num determinado comportamento e quais as barreiras identificadas pelo mesmo para a adoção de comportamentos saudáveis face à doença (Alligood, 2018; Gürkan & Bahar, 2020).

É importante que o EEESIP trabalhe em parceria com o adolescente, negociando o seu contrato de saúde e (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 351/2015, 2015; Regulamento n.º 422/2018, 2018) no sentido de existir um compromisso com um plano de ação, ou seja, que exista intenção e identificação de estratégias planeadas, que levem à implementação de comportamentos potenciadores da saúde (Alligood, 2018).

Poderão, no entanto, existir barreiras que comprometam o compromisso com a ação. Tanto os profissionais de saúde como as famílias e os pares são influências interpessoais importantes e que podem ajudar o adolescente a caminhar no sentido do compromisso e adoção de comportamentos promotores da saúde (Alligood, 2018).

Uma iniciativa fantástica do hospital onde estagiei, e que pode ser vista como uma influência positiva junto dos pares, é a realização de um evento anual, um encontro de um dia com atividades e momentos de partilha entre os profissionais de saúde, os pais e todas as crianças com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 seguidas na consulta de Diabetes. Atividades de grupo, acampamentos, entre outras, são uma mais-valia para que as crianças/jovens com diabetes se sintam integradas e percebam que não estão sozinhas e que, também elas conseguem participar em determinadas atividades com outros colegas que não têm doença crónica e ser o mais independentes possível (Barry & Connelly, 2017).

Conclusão e Plano de Ação

Penso que uma ação diferente e referida na literatura como importante e recomendada (Gürkan & Bahar, 2020), que poderia ser adotada junto destas famílias, é a criação de um momento para partilha e discussão em grupo com os pais das crianças e jovens com Diabetes *Mellitus* tipo 1, para que também eles não se sintam sozinhos e encontrem a esperança necessária para lidar com a doença e todos os desafios que com ela surgem.

Conclusão

A doença crónica é causadora de um grande impacto na criança/jovem e família mas é na adolescência que existe maior dificuldade de adaptação à mesma.

Sendo uma etapa crucial do desenvolvimento infantil, onde são moldadas as bases para aquisição de comportamentos promotores da saúde, o apoio parental, a relação com os pares e a intervenção dos profissionais de saúde, nomeadamente do EEESIP, são elementos-chave para a adoção desses comportamentos e para o controlo saudável da doença.

É indiscutível a responsabilidade do EEESIP junto destes jovens e famílias, no sentido de promover a adaptação à doença crónica priorizando a avaliação e a identificação de barreiras à adoção de comportamentos potenciadores da saúde, transmitindo orientações antecipatórias e trabalhando em parceria com estas famílias na procura de estratégias promotoras da esperança que levem ao compromisso com um plano de ação promotor da saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 351/2015, 2015; Regulamento n.º 422/2018, 2018). Aqui o EEESIP tem uma posição privilegiada e de grande influência sobre as escolhas adotadas pelos adolescentes.

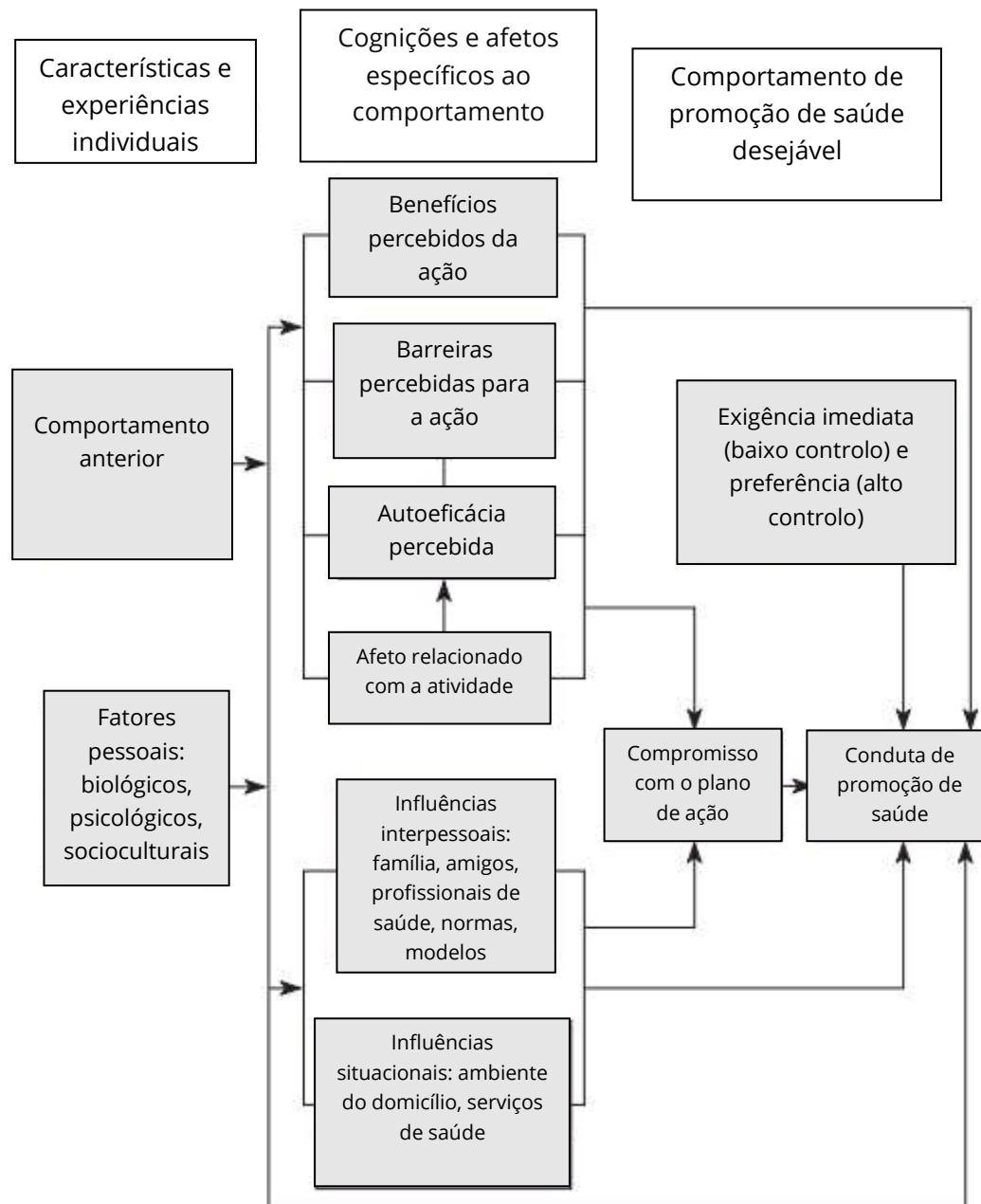
Torna-se também imprescindível o trabalho em conjunto com uma equipa multidisciplinar para o sucesso do controlo da doença e obtenção do potencial máximo de saúde (Gürkan & Bahar, 2020).

Referências Bibliográficas

- Alligood, M. R. (2018). *Nursing Theorists and their work* (9ª). Elsevier.
- Associação Portuguesa de Nutrição. (2022). *A criança e a Diabetes mellitus*. E-book N.º 64.
- Barry, A., & Connelly, E. (2017). *The Child with Endocrine Dysfunction* (10ª edição). Elsevier.
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus* (002/2011).
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/01/diagnostico-e-classificacao-da-diabetes-mellitus.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015* (015/2015).
- 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>
- Gürkan, K. P., & Bahar, Z. (2020). Living With Diabetes: Perceived Barriers of Adolescents. *Journal of Nursing Research*, 28(2), e73.
<https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000349>
- 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)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Vol. II*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática—Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. (6; Série I).
- 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 351/2015. (2015) *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Diário da República, 2ª série - 2015. Ordem dos Enfermeiros.
<https://files.dre.pt/2s/2015/06/119000000/1666016665.pdf>
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Diário da República, 2ª série—N.º 133—12 de julho de 2018. Ordem dos Enfermeiros.

- Rostaminasab, S., Nematollahi, M., Jahani, Y., & Mehdipour-Rabori, R. (2023). The effect of family-centered empowerment model on burden of care in parents and blood glucose level of children with type I diabetes family empowerment on burden of care and HbA1C. *BMC Nursing*, 22(1), 214. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01375-w>
- Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. (sem data). *Bombas infusoras de Insulina*. <https://www.spedm.pt/pt/glandulas-e-doencas-endocrinas/bombas-infusoras-de-insulina>
- World Health Organization. (sem data). *Adolescent health*. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- World Health Organization. (2023). *Diabetes*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Anexos



Adaptado de: *Nursing Theorists and their work* (10 edição). Aligood (2022), p.325

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

SECÇÃO REGIONAL SUL DA ORDEM DOS ENFERMEIROS

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

Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de
Enfermagem

CONSELHO DE ENFERMAGEM REGIONAL
2013

Guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

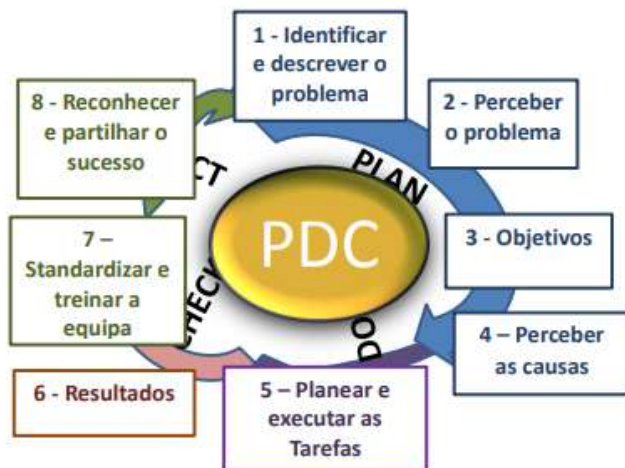
Esta proposta pretende ser apenas uma orientação genérica para a organização de projetos e não um esquema rígido que seja obrigatório seguir. Apesar de considerarmos que todos os pontos são de enorme importância, devendo ser tidos em consideração, a sua ordem ou o grau de profundidade com que são abordados, deverá ser adaptada a cada tipo de projeto e contexto da sua aplicação prática.

Sugerimos como esquema de base o Ciclo PDCA ou de Deming (Plan; Do; Check; Act/Adjust).



Para melhor especificar o que se pretende com cada uma destas quatro fases, propomos a utilização da adaptação deste ciclo para oito fases, proposta por Pedro Salvada. Esta proposta de Pedro Salvada foi adaptada para melhor responder às necessidades específicas de projetos de enfermagem. Integra as seguintes etapas:

- 1 - Identificar e descrever o problema
- 2 - Perceber o problema e dimensioná-lo
- 3 - Formular objetivos iniciais
- 4 - Perceber as causas
- 5 - Planear e executar as tarefas/atividades
- 6 - Verificar os resultados
- 7 - Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa
- 8 - Reconhecer e partilhar o sucesso



1 – IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

Na definição de problema deve ser identificado o desvio em relação a uma norma (standard) ou padrão de comparação (o que seria bom acontecer). A descrição do problema deve ser clara, concisa, mensurável, incluir a norma e o desvio.

Nessa identificação devem ser dadas respostas a algumas questões:

- Está centrado no utente?
- A intervenção de enfermagem pode produzir ganhos em saúde para a população?
- Inclui-se no enquadramento conceptual e enunciados descritivos da enfermagem?
- É Foco da CIPE?
- Faz parte do Core de Focos do Resumo Mínimo de Dados?

2 – PERCEBER O PROBLEMA

Para perceber mais profundamente o problema deve-se observar a situação, perguntar onde, quando, o quê, como, quanto, etc. e incluir um pequeno historial da sua evolução. Algumas atividades que se podem desenvolver enumeram-se seguidamente:

- Consultar registos de dados disponíveis para perceber diferenças entre faixas etárias, género, escolaridade, etc
- Comparar dados atuais com dados de anos anteriores para compreender como evoluiu ao longo do tempo (pequeno historial)
- Fazer revisão bibliográfica para conhecer as causas mais comuns e quais as intervenções com evidência científica de sucesso. Nesta revisão deve-se respeitar os seguintes passos:
 - ❖ Finalidades claramente formuladas e explicitadas
 - ❖ Procura estruturada utilizando estratégias de escolha transparentes e explícitas
 - ❖ Apreciação crítica dos estudos identificados
 - ❖ Estudos seletivamente escolhidos em função da sua relevância e qualidade
 - ❖ Dados extraídos dos estudos
 - ❖ Sempre que possível, meta-análises
 - ❖ Interpretação dos resultados e conclusões
- Consultar documentos oficiais que contenham dados estatísticos sobre o problema noutros serviços de nível nacional e/ou internacional

3 – FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS

Apesar de não ser provavelmente possível nesta altura definir objetivos de forma precisa, é importante que saibamos genericamente aquilo que pretendemos, para que haja uma orientação inicial que nos norteie no caminho a trilhar. Geralmente estes objetivos têm de ser reformulados, mas, entretanto, serviram como força motivacional que levou o grupo a iniciar os seus trabalhos.

4 – PERCEBER AS CAUSAS

Para perceber as causas, para além de se dever utilizar a revisão bibliográfica referida anteriormente, que nos fornece orientação sobre quais as mais prováveis, devem-se usar também as técnicas de análise de causa e efeito e métodos de brainstorming que nos permitem enquadrar localmente o problema. As ideias de todos os membros da equipa, que vivenciam diretamente o problema, possibilitam-nos ter uma visão de maior proximidade, facilitando a identificação das suas causas reais.

Ao conhecermos as causas mais prováveis, podemos consultar os nossos registos ou em pesquisa direta nas unidades de estudo em causa, para verificar se no nosso caso real estão presentes. Poderemos desenvolver esta tarefa utilizando folhas de verificação, cujos dados serão tratados estatisticamente e retiradas as respetivas conclusões.

Com os resultados obtidos podemos construir um diagrama de Pareto que nos permite identificar quais as principais causas que produzem o problema.

Após conhecermos as causas de um problema, podemos iniciar a preparação do estudo que deverá respeitar as seguintes etapas:

Check List para uma avaliação da qualidade (Heather Palmer)

- a) **Identificação da(s) dimensão(s) em estudo**
 - ✓ Eficiência;
 - ✓ Efetividade;
 - ✓ Adequação Técnico Científica;
 - ✓ Satisfação/aceitabilidade;
 - ✓ Acessibilidade.
- b) **Unidades de Estudo**
 - ✓ Utilizadores incluídos na avaliação;
 - ✓ Profissionais;
 - ✓ Período de tempo que se avalia.
- c) **Tipo de dados (Avedis Donabedian)**
 - ✓ Estrutura
 - ✓ Processo
 - ✓ Resultados
- d) **Fonte dos dados**
 - ✓ História clínica
 - ✓ Entrevistas
 - ✓ Processo clínico
 - Sistema de informação...
- e) **Tipo de avaliação**
 - ✓ Interna
 - Inter pares
 - Autoavaliação
 - ✓ Externa
 - Profissional
 - Burocrática
- f) **Crítérios de avaliação**
 - ✓ Crítérios implícitos
 - ✓ Crítérios explícitos – normativos
 - ex. a todos os doentes com...deve fazer-se
 - ex. em todas as situações de...o procedimento adequado é...
 - ✓ Condições a cumprir pelos critérios
 - Mensuráveis
 - Adaptados para o local (hospital central, centro de saúde)
 - Priorizados
 - Baseados na evidência (investigação)
- g) **Quem colhe os dados e como**
- h) **Relação temporal**

- ✓ Avaliação retrospectiva
- ✓ Avaliação Concorrente
- ✓ Avaliação Prospetiva

i) Definição da população e seleção da amostra

- ✓ Base Institucional ou populacional
- ✓ Amostra randomizada

j) Quais as medidas corretivas passíveis de ser usadas

- ✓ Medidas educacionais
- ✓ Mudanças estruturais
- ✓ Medidas disciplinares

5 – PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES

Outra sessão de brainstorming deve ser conduzida para determinar as tarefas para cada causa identificada. A equipa e o responsável decidirão quais os membros da equipa que serão responsáveis para as implementar, como, quando e quais as metas a atingir. Essas decisões devem ficar registadas em documentos específicos para o efeito.

Poderá ser também nesta fase que se formulam os objetivos gerais e específicos, pois já se conhecem os contornos do problema.

Devem também ser definidos quais os indicadores que serão utilizados para avaliação da evolução da situação.

Outra ferramenta que se usa com regularidade são os fluxogramas que nos permitem ter um esquema de fácil leitura e que nos permite a tomada de decisões fundamentadas.

Será muito importante nesta fase elaborar um cronograma que deverá prever entre outros aspetos:

- Planeamento das reuniões
- Distribuição das funções
- Elaboração de Critérios e standards
- Elaboração de suportes e grelhas
- Recolha de dados
- Tratamento e análise de dados

6 – VERIFICAR OS RESULTADOS

Depois das tarefas estarem completas, a equipa avaliará os resultados recolhendo dados nos atuais processos e folhas de verificação, comparando-os com os dados apurados antes das tarefas terem sido implementadas.

Na avaliação dos resultados deve-se verificar se os objetivos foram ou não atingidos, através da monitorização que foi feita pelos indicadores definidos.

Por vezes é necessário monitorizar com muita regularidade algum indicador. Nesse caso poderá ser usada uma outra ferramenta da qualidade, a "Carta de Controlo".

7 – PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA

Standardizar o processo de forma escrita, implementar o novo processo de trabalho e treinar todos os membros da equipa afetados para assegurar que todos os que fazem o trabalho percebem as novas instruções.

8 – RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO

O último passo é a celebração do sucesso que deve incluir todos os que contribuíram.

NOTA – Aspetos a evitar na elaboração de projetos de melhoria contínua

❖ **Ambição desmedida**

- Estudos teóricos e complexos
- Estudos extensos, com muitos critérios

❖ **Evitar critérios**

- Irrealistas
- Inflexíveis
- Controversos

Fonte: *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.* Ordem dos Enfermeiros (2013).
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

Anexo III – Declaração de Participação na sessão de formação
em serviço: “Organização de equipa em sala de reanimação”

[Redacted]

Declaração

Margarida Seoane esteve presente na Sessão de Formação em Serviço sobre “Organização de Equipa em Sala de Reanimação” promovida pelo Serviço de Urgência Pediátrica, no dia 7 de fevereiro de 2024, com duração de 1 hora.

Lisboa, 5 de março de 2024

[Redacted]

[Redacted]



[Redacted]