



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA  
PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA CRIANÇA E JOVEM**

**INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN  
PROMOTING CHILD AND YOUTH SAFETY**

Por

Mariana Serpa Teixeira de Sousa

Lisboa, 2023





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA  
PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA CRIANÇA E JOVEM**

**INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN  
PROMOTING CHILD AND YOUTH SAFETY**

Por

Mariana Serpa Teixeira de Sousa

Sob a orientação da Professora Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, 2023



“Toda criança no mundo,  
deve ser bem protegida  
Contra os rigores do tempo,  
contra os rigores da vida.

Criança tem que ter nome,  
criança tem que ter lar  
Ter saúde e não ter fome,  
ter segurança e estudar.

Não é questão de querer,  
nem questão de concordar  
Os direitos das crianças,  
todos têm de respeitar.

Tem direito à atenção,  
direito de não ter medos  
Direito a livros e a pão,  
direito de ter brinquedos.

Mas criança também,  
tem o direito de sorrir.  
Correr na beira do mar,  
ter lápis de colorir...”

*Ruth Rocha, O direito das crianças*



Dedico este trabalho a todas as crianças.



## AGRADECIMENTOS

À Excelentíssima Professora Doutora Margarida Lourenço, pela amabilidade, apoio, orientação e disponibilidade fornecida ao longo deste percurso.

Aos restantes professores pela dedicação, disponibilidade e conhecimento partilhado.

Às Senhoras Enfermeiras Especialistas que me orientaram, J. C., S. G. e V. M., o meu muito obrigada por toda a disponibilidade, envolvimento, apoio, partilha e oportunidades de aprendizagem que me permitiram crescer como pessoa e como enfermeira.

Aos meus colegas de curso, que partilharam comigo os melhores e mais desafiantes momentos deste caminho, em especial à M. J., também colega de trabalho, que de forma mais próxima partilhou esta jornada ao meu lado.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, por me ouvirem, motivarem e terem-se mostrado sempre disponíveis quando precisei.

Aos meus familiares, por todo o apoio, por me ensinarem e incentivarem desde sempre a querer crescer continuamente ao longo da vida, pessoal e profissionalmente.

Ao meu namorado, por toda a paciência, consolo e motivação, por acreditar sempre nas minhas capacidades.

A todas as crianças e famílias com quem me cruzei, por me terem ajudado a compreender verdadeiramente o que é ser enfermeiro em pediatria e a desejar cuidar cada vez melhor.

A todos os outros com quem me cruzei ao longo deste percurso, que me ouviram, apoiaram e contribuíram para o meu percurso formativo, mas que não foram aqui referidos.

**A todos, o meu muito obrigada!**



## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, e tem como objetivo relatar de forma crítica e reflexiva o percurso de aquisição de competências para obtenção do grau de mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

As crianças e jovens apresentam características que as predispõem a uma maior probabilidade de ocorrência de incidentes que vêm comprometer a sua segurança. Os acidentes infantis na comunidade constituem uma realidade alarmante e os incidentes de segurança no contexto hospitalar mantêm-se uma problemática apesar dos esforços realizados nas últimas décadas. Identificando a necessidade de uma maior atenção nesta área e compreendendo ser privilegiada a intervenção da Enfermagem na promoção de ambientes seguros para o adequado crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil e para a prestação de cuidados de alta qualidade, o tema aprofundado ao longo deste percurso foi a promoção da segurança da criança e jovem.

Com a finalidade de mapear na evidência científica a perceção da família sobre a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada fui coautora na realização de uma *scoping review*, tendo os seus resultados influenciado a minha abordagem de intervenção. O meu percurso formativo apresentou-se sustentado ainda por conceções teóricas, como o Modelo Qualidade-Cuidado<sup>©</sup> e a Filosofia de Cuidados da Enfermagem Pediátrica.

Ao longo do percurso foram realizados estágios em três contextos distintos, tendo sido para estes definidos como objetivos gerais: “Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde” e “Desenvolver competências de maior complexidade que promovam a segurança Infantil e Juvenil nos processos de saúde e doença”. No âmbito da realização dos estágios desenvolvi diversas estratégias promotoras da segurança dirigidas a profissionais, familiares e crianças, melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

Através da realização de atividades no âmbito da prestação de cuidados, gestão, formação e investigação, foi-me possível ao longo do percurso formativo desenvolver as competências preconizadas de mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

**Descritores:** Enfermagem Pediátrica; Família; Segurança; Estratégias de prevenção.



## ABSTRACT

This report comes within the scope of the Curricular Unit “Final Internship and Report” of the Master's Course in Nursing with Specialization in Child and Pediatric Health Nursing at Universidade Católica Portuguesa, and aims to report in a critical and reflective way the path of acquiring skills to obtain a Master's degree and Specialist in Child and Pediatric Health Nursing.

Children and young people have characteristics that predispose them to a greater probability of incidents that compromise their safety. Childhood accidents in the community are an alarming reality and safety incidents in the hospital context remain a problem despite the efforts made in recent decades. Identifying the need for greater attention in this area and understanding that Nursing's intervention is privileged in promoting safe environments for the adequate growth and development of children and youth and for the provision of high quality care, the theme studied in depth throughout this journey was the promotion of child and youth safety.

In order to map the family's perception of the safety of care provided to hospitalized children in scientific evidence, I was a co-author in carrying out a scoping review, with its results influencing my intervention approach. My training path was also supported by theoretical concepts, such as the Quality-Care Model<sup>®</sup> and the Philosophy of Care in Pediatric Nursing.

Along the way, internships were carried out in three different contexts, the general objectives of which were defined: “To develop skills as a Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing in the different contexts of providing health care” and “To develop skills of greater complexity that promote Child and Youth safety in health and disease processes”. As part of the internships, I developed several strategies to promote safety aimed at professionals, families and children, improving the quality of care provided.

By carrying out activities within the scope of care provision, management, training and research, it was possible for me to develop the recommended skills of a Master's and Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing throughout the training course.

**Descriptors:** Pediatric Nursing; Family; Safety; Prevention strategies.



## LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABRAVIATURAS

APSI – Associação para Promoção da Segurança Infantil  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
DGS – Direção Geral de Saúde  
EE – Enfermeiro Especialista  
EESIP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
EPI – Equipamento de Proteção Individual  
EUA – Estados Unidos da América  
JBI – *Joanna Briggs Institute*  
M-CHAT – *Modified Checklist for Autism in Toddlers*  
NACJR – Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco  
NOC – Norma de Orientação Clínica  
NP – Norma de Procedimento  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OSF – *Open Science Framework*  
RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal  
PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil  
PNV – Programa Nacional de Vacinação  
RN – Recém-nascido  
SIJ – Saúde Infantil e Juvenil  
SO – Sala de Observação  
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica  
SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*  
UC – Unidade Curricular  
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos  
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade  
UN – Unidade de Neonatologia  
UP – Úlceras por pressão  
USF – Unidade de Saúde Familiar  
PRISMA-ScR – *Checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses for Scoping Reviews*



# ÍNDICE

<b>0. INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL</b> .....	23
<b>1.1. Modelo Qualidade-Cuidado</b> ®.....	23
<b>1.2. Filosofia de Cuidados da Enfermagem Pediátrica</b> .....	26
<b>1.3. Promover a segurança da criança: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica</b> .....	27
<b>1.4. Perceção da família sobre a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada: <i>scoping review</i></b> .....	29
<b>2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	43
<b>2.1. Percurso Profissional prévio</b> .....	43
<b>2.2. Percurso Formativo</b> .....	45
2.2.1. Contexto de Cuidados de Saúde Primários.....	46
2.2.2. Contexto de Cuidados Neonatais.....	54
2.2.3. Contexto de Urgência Pediátrica.....	61
<b>3. CONCLUSÃO</b> .....	69
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	73
<b>ANEXOS</b> .....	85
ANEXO I – Modelo Qualidade-Cuidado® de Duffy e Hoskins.....	87
ANEXO II – Modelo Qualidade-Cuidado® adaptado por Duffy.....	91
ANEXO III – Relacionamentos e fatores de cuidado que operacionalizam o Modelo Qualidade-Cuidado® adaptado por Duffy.....	95
ANEXO IV – Certificado da apresentação do Póster “Perceção da família sobre a segurança nos cuidados à criança hospitalizada: <i>scoping review</i> ” no âmbito da participação no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.....	99
<b>APÊNDICES</b> .....	103
APÊNDICE I – Estratégia de pesquisa da <i>scoping review</i> .....	105
APÊNDICE II – Razões de exclusão de estudos da <i>scoping review</i> .....	109

APÊNDICE III – Instrumento de extração de dados da <i>scoping review</i> .....	113
APÊNDICE IV – Fluxograma do processo de seleção dos estudos da <i>scoping review</i> .....	117
APÊNDICE V – Caraterísticas dos estudos incluídos na <i>scoping review</i> .....	121
APÊNDICE VI – Póster “Perceção da família sobre a segurança nos cuidados à criança hospitalizada: <i>scoping review</i> ” apresentado no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.....	131
APÊNDICE VII – Guião do <i>Focus Group</i> aplicado no estágio de Cuidados de Saúde Primários.....	135
APÊNDICE VIII – Reflexão Individual - estágio de Cuidados de Saúde Primários.....	139
APÊNDICE XIX – Norma de Procedimento “Visita domiciliária de Enfermagem ao recém-nascido e família” .....	155
APÊNDICE X – Folhetos sobre a promoção da segurança e prevenção de acidentes para diferentes idades (primeiro ano de vida, idade pré-escolar, idade escolar e adolescentes) .....	163
APÊNDICE XI – Cartaz informativo “Segurança infantil no automóvel” .....	169
APÊNDICE XII – Jogo “quantos-queres: segurança infantil” .....	173
APÊNDICE XIII – Folha de rosto de conteúdos inseridos no <i>dossier</i> .....	177
APÊNDICE XIV – Documento “Orientações sobre a segurança da criança no transporte rodoviário” .....	181
APÊNDICE XV – Análise SWOT realizada no estágio de Neonatologia.....	189
APÊNDICE XVI – Reflexão Crítica - estágio de Neonatologia.....	193
APÊNDICE XVII – Auditoria à “Norma de Orientação Clínica: Dupla Verificação da Medicação” .....	211
APÊNDICE XVIII – Plano de Sessão Formativa “Auditoria à Norma de Orientação Clínica: Dupla Verificação de Medicação - Ação de melhoria contínua para a promoção da segurança na administração de medicação” .....	219
APÊNDICE XIX – Questionário de satisfação do internamento.....	241
APÊNDICE XX – Análise SWOT realizada no Serviço de Urgência Pediátrica.....	245

APÊNDICE XXI – Reflexão crítica – estágio de Urgência Pediátrica.....	249
APÊNDICE XXII – Folheto informativo “Orientações para a prevenção de quedas de crianças e jovens internados: para pais, familiares, cuidadores” .....	263
APÊNDICE XXIII – Folha de registo da Dupla Verificação da Medicação para a administração de sedoanalgesia.....	267
APÊNDICE XXIV – Norma de Orientação Clínica “Garantir a segurança da criança e jovem internada em SO” .....	271
APÊNDICE XXV – Plano de Sessão Formativa “Promover a segurança da criança - à luz da Norma de Orientação Clínica: Garantir a segurança da criança/jovem internada em SO”..	287



## 0. INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) de “Estágio Final e Relatório” do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa e tem como objetivo relatar de forma crítica e reflexiva o meu percurso de aquisição de competências para obtenção do grau de mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

Sabe-se que o erro em contexto hospitalar além de contribuir para o aumento da morbilidade e mortalidade, com aumento de períodos de internamento e custos, resulta em grande sofrimento para as suas vítimas, famílias e profissionais que cometeram o erro (Mendes et al., 2021). Em resultado de uma consciencialização progressiva da incidência do erro e da importância de promover a segurança do paciente para a prestação de cuidados de alta qualidade, a segurança do paciente tem-se tornado num dos assuntos prioritários na área da saúde ao longo das últimas décadas (Nicklin & Hughes, 2020). Ainda assim, a ocorrência de incidentes de segurança mantém-se uma realidade nos sistemas de saúde atuais que se apresentam cada vez mais complexos, demonstrando-se ser essencial a implementação de políticas e estratégias preventivas neste âmbito (Direção Geral de Saúde (DGS), 2021).

Exercendo funções num serviço de internamento pediátrico foi-me possível constatar que a possibilidade do erro se encontra efetivamente sempre presente face à complexidade de cuidados que prestamos, sendo esta uma área temática de elevado interesse e enquadrada na intervenção do EEESIP devendo este na sua performance prestar cuidados avançados, com segurança, competência e satisfação das crianças e famílias, incorporando instrumentos custo-efetivos e gestão da segurança do cliente (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018).

Ao longo da minha experiência profissional identifiquei ainda uma elevada frequência de crianças e jovens internadas em resultado de acidentes/lesões evitáveis. Esta realidade veio permitir igualmente repensar sobre a intervenção do EEESIP na promoção da segurança e prevenção de acidentes na comunidade, sendo também do seu escopo de ação a orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, contribuído para a adoção de comportamentos potenciadores de saúde (OE, 2018).

Desta forma, compreendendo a importância de promover a segurança emocional, social e física das crianças e jovens nos diversos contextos em que se encontram para o seu adequado crescimento e desenvolvimento (OE, 2010) e em particular da importância de promover práticas seguras no cuidado prestado pelos profissionais nas organizações de saúde evitando incidentes de segurança e promovendo aumento da qualidade dos cuidados (DGS, 2021), surgiu o meu interesse em trabalhar esta temática, tendo identificado uma oportunidade de intervir ativamente neste âmbito ao longo percurso formativo.

Compreendendo ainda a importância de escutar a voz e experiência da família da criança, incluindo-a enquanto parceira de cuidados para promover a segurança (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2021), ao longo do 2.º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem, fui coautora na realização de uma *scoping review* com objetivo de mapear na evidência científica a perceção da família sobre a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada. A realização da *scoping review* veio permitir mapear de forma alargada a perceção da família neste âmbito, identificando ainda as suas preocupações de segurança e sugestões de melhoria, tendo os seus resultados influenciado a minha abordagem de intervenção nos diferentes contextos de estágio.

Ao longo do 3.º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem, na UC de “Estágio Final e Relatório”, tive oportunidade de realizar estágios em três contextos distintos. O primeiro decorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte (de 5 de setembro a 7 de outubro de 2022), o segundo ocorreu numa Unidade de Neonatologia (UN) de um Hospital Central da grande zona de Lisboa (de 10 de outubro a 11 de novembro de 2022) e o último estágio decorreu num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) de um Hospital Central da grande zona de Lisboa (de 14 de novembro a 16 de dezembro de 2022). Cada estágio decorreu no período de cinco semanas e contou com 120h horas de contacto em prática clínica, perfazendo um total de 360h.

Para cada contexto de estágio foi realizado um Projeto Individual de Aprendizagem recorrendo à Metodologia de Projeto proposta por Ferrito et al. (2010), tendo sido cumpridas as suas seis etapas. Esta abordagem metodológica veio permitir orientar o percurso formativo: através da realização de um diagnóstico situacional foram identificadas necessidades de intervenção, em que partindo destas e das necessidades formativas, foram estipulados objetivos específicos e atividades a realizar em cada contexto de estágio.

Ao longo da UC foram ainda realizadas quatro sessões de Orientação Tutorial, permitindo a partilha de projetos entre colegas e esclarecimentos sobre o percurso formativo.

O presente relatório apresenta-se dividido em três capítulos.

O primeiro capítulo integra o enquadramento teórico e conceptual que orientou o percurso formativo e apresenta-se dividido em quatro subcapítulos: o primeiro descreve o Modelo de Enfermagem que serviu de referencial teórico – o Modelo Qualidade-Cuidado<sup>®</sup>; o segundo aborda a Filosofia de Cuidados da Enfermagem Pediátrica, essencial na prática do EEESIP (integrando o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, a Filosofia de Cuidados centrados na Família e os Cuidados Não Traumáticos); de seguida é apresentado o enquadramento teórico da área temática - promoção da segurança da criança e a intervenção do EEESIP; por fim é exposta a *scoping review* realizada.

O segundo capítulo descreve de forma crítica e reflexiva o meu percurso individual de aquisição de competências de EEESIP e encontra-se dividido em dois subcapítulos: no primeiro é descrito o meu percurso profissional prévio, enquanto no segundo é apresentado o percurso formativo, abordando cada contexto de estágio isoladamente. Para cada contexto de estágio surge: uma descrição sumária do contexto, o diagnóstico de situação efetuado, os objetivos definidos e as atividades realizadas para aquisição de competências e por fim uma avaliação global do estágio e implicações para a prática futura. Das atividades desenvolvidas destaco a criação de diversas estratégias promotoras da segurança da criança e jovem, nomeadamente: na USF a criação de variados recursos materiais de suporte informativo e a criação de uma Norma de Procedimento (NP); na UN a realização de uma auditoria e atualização do questionário de satisfação; no SUP a atualização de um folheto informativo, a criação de uma folha de registo da Dupla Verificação da Medicação e uma Norma de Orientação Clínica (NOC). Na UN e SUP realizei ainda sessões de formação. Em todos os estágios prestei cuidados a crianças, jovens e famílias e realizei reflexões individuais sobre experiências vivenciadas. Todas as atividades realizadas foram alvo de consentimento, aprovação e revisão pelas enfermeiras orientadoras e enfermeiras chefes de cada contexto.

O terceiro capítulo compreende uma conclusão onde é realizada a síntese do percurso formativo, refletindo a respeito da sua contribuição para o desenvolvimento de competências de mestre e EEESIP e perspetivas futuras. Serão apresentadas as referências bibliográficas que deram suporte ao relatório, os anexos e apêndices.

O atual relatório cumpre as normas de citação e referenciação bibliográficas da *American Psychological Association*, 7.<sup>a</sup> ed. (2020). Por questões éticas, durante a realização do atual relatório foi promovida a proteção de dados, garantindo o sigilo das instituições e profissionais envolvidos.



## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL**

Os modelos conceptuais e as teorias de Enfermagem vêm oferecer um significado ao conhecimento científico de Enfermagem de modo a orientar e melhorar a prática, descrevem, explicam e antecedem fenômenos, norteando o pensamento crítico e a tomada de decisão, tão importantes para o exercício dos enfermeiros (Alligood & Torney, 2004).

Compreendendo a importância da componente teórica e conceptual no exercício da profissão e enquanto pedra basilar no percurso formativo do Curso de Mestrado em Enfermagem, será apresentado neste capítulo o enquadramento teórico e conceptual que serviu de alicerce para a minha intervenção na prática.

### **1.1. Modelo Qualidade-Cuidado<sup>©</sup>**

A seleção do Modelo Qualidade-Cuidado<sup>©</sup> enquanto referencial teórico orientador da prática partiu de me ter identificado com o mesmo na sua forma de pensar e exercer Enfermagem. Em complementaridade, veio associar-se à área temática da promoção da segurança pela procura da qualidade dos cuidados e centrando-se na relação e no cuidar surge como um modelo particularmente adequado na pediatria (Loureiro et al., 2021).

O Modelo Qualidade-Cuidado<sup>©</sup> foi criado por Duffy e Hoskins em 2003 (Duffy & Hoskins, 2003). Foi desenvolvido com base no Modelo de Saúde de Qualidade de Donabedian e na Teoria de Cuidado Humano de Watson, tendo recebido ainda contribuições dos trabalhos de King, Mitchell e Irvine (Venturi et al., 2009).

Classifica-se como uma teoria de médio alcance (Venturi et al., 2009), descrevendo um conjunto de ideias relacionadas e conceitos menos abstratos que as grandes teorias, encontrando-se ligado à pesquisa e orientado para a prática (Leandro et al., 2020).

O seu foco central são os resultados dos cuidados, centrados nos relacionamentos, e sua principal proposição é que as relações de cuidado contribuam para influenciar desfechos positivos em todos os participantes. Realça o valor da prática baseada em evidência científica para demonstrar a realidade do trabalho de Enfermagem e os seus valores, contribuindo para o desenvolvimento da ciência de Enfermagem e do cuidado (Duffy & Hoskins, 2003).

Os principais conceitos do modelo são a pessoa e o cuidado, interligados por meio de relacionamentos de cuidado. O conceito de pessoa refere-se a um “ser multicontextual ligado a um mundo maior, dito pluralista, com o qual tem uma relação de interdependência” (Venturi et al., 2009, p281). Já o conceito de cuidado refere-se a “interações humanas baseadas no processo do cuidado assistencial/clínico, no qual incorporam o trabalho físico (fazer), interação (estar com) e relação (conhecer)” (Venturi et al., 2009, p281).

Os principais componentes do modelo criado por Duffy e Hoskins são a estrutura, o processo e os resultados (Duffy & Hoskins, 2003) (ver ANEXO I).

A estrutura é o primeiro componente do modelo, que se refere aos participantes do cuidado: os provedores de cuidado à saúde, o paciente/família e o sistema de cuidado à saúde (Duffy & Hoskins, 2003). Todos apresentam um campo fenomenológico que lhes fornece características singulares de acordo com os seus passados causais e cada participante inclui ainda outros subconceitos: para os provedores de cuidado são a experiência de vida, as atitudes e comportamentos; para o paciente/família são as experiências de vida, a severidade da doença e comorbilidades; para o sistema de cuidados à saúde são a cultura organizacional, o modelo de recursos humanos, a carga de trabalho e os recursos disponíveis (Venturi et al., 2009). Todos os conceitos e subconceitos do componente estrutura influenciam o processo de cuidar, podendo influenciar os resultados do cuidado (Duffy & Hoskins, 2003).

O segundo componente do modelo é o processo, que se refere a dois relacionamentos do cuidado: os relacionamentos independentes, específicos da disciplina de Enfermagem; e os relacionamentos colaborativos, multidisciplinares (Duffy & Hoskins, 2003). Os primeiros dizem respeito às interações do enfermeiro com o paciente e família, nas quais o enfermeiro atua de forma autónoma, conseguindo resultados que podem ser mensurados, como por exemplo, a gestão do controlo da dor do paciente. Já os relacionamentos colaborativos dizem respeito às atividades e responsabilidades que os enfermeiros partilham com os restantes elementos da equipa de saúde, obtendo resultados de cuidado compartilhados, como por exemplo, os aconselhamentos em grupo (Venturi et al., 2009).

O último componente do modelo são os resultados, que se distinguem em dois grupos: os resultados intermediários e os resultados finais (Duffy & Hoskins, 2003). Os resultados intermediários, referem-se ao “sentir-se cuidado”. Traduzem-se numa mudança de comportamento, nomeadamente através do aumento do conhecimento e adesão ao tratamento, da deteção precoce de sintomas pertinentes e da diminuição da ansiedade, podendo influenciar os resultados finais (Venturi et al., 2009). Os resultados finais dizem

respeito aos resultados que afetam o futuro dos diferentes participantes: a satisfação, a melhoria da qualidade de vida, o aumento de conhecimentos e crescimento pessoal, a segurança, a diminuição da readmissão hospitalar e de custos (Venturi et al., 2009).

Um importante princípio do Modelo Qualidade-Cuidado<sup>®</sup> é que os seus componentes não ocorrem numa cadeia linear de acontecimentos. Assume a existência de um número ilimitado de fatores que influenciam os três componentes centrais num ciclo dinâmico na procura contínua da excelência de cuidados (Duffy & Hoskins, 2003).

O seu principal propósito consiste em avaliar e analisar a prática profissional, permitindo: orientar a prática, reafirmar e expor o trabalho invisível da profissão, descrever conexões conceitual-teórico-empíricas entre o cuidado humano e a qualidade do cuidado, e propor investigação evidenciando o valor da Enfermagem (Duffy & Hoskins, 2003).

É de ressaltar que em 2008 Duffy veio apresentar uma adaptação ao modelo que se encontra vigente até aos dias de hoje, descrevendo desta vez quatro conceitos centrais: humanos em relacionamento, encontros profissionais centrados no relacionamento, sentir-se “cuidado” e sistemas de autopromoção (Duffy & Moobs, 2018) (ver ANEXO II).

Duffy vem reforçar a importância dos encontros profissionais centrados nos relacionamentos para que todos se sintam “cuidados”, desencadeando um sistema complexo de autopromoção à medida que esse relacionamento é desenvolvido, permitindo a aprendizagem e desenvolvimento contínuo de todos os envolvidos, promovendo a melhoria da qualidade ao longo do tempo (O’Nan et al., 2014).

Descreve os humanos como seres únicos, multidimensionais, com relações entre si e com as suas comunidades (O’Nan et al., 2014) e surgem descritos quatro relacionamentos necessários para a qualidade do cuidado: eu, pacientes e famílias, uns aos outros e comunidades (Edmundson, 2012). São igualmente apresentados oito fatores de cuidado que operacionalizam o modelo: “garantia de atenção, necessidades humanas básicas, maneira encorajadora, solução mútua de problemas, necessidades de afiliação, ambiente de cura, respeito humano e valorização de significados” (Edmundson, 2012, p.412) (ver ANEXOIII).

Em suma, recorrendo ao modelo original, Duffy veio introduzir novos conceitos, enfatizando essencialmente a importância de o enfermeiro envolver-se efetivamente nas relações de cuidado para que o mesmo e os outros se sintam “cuidados”, resultando numa emoção positiva que influencia os resultados do cuidado, permitindo aos indivíduos e sistemas auto-progredir, desencadeando resultados de qualidade e a melhoria contínua da segurança e da qualidade dos cuidados prestados (Duffy & Moobs, 2018).

## 1.2. Filosofia de Cuidados da Enfermagem Pediátrica

O exercício profissional do EEESIP distingue-se dos restantes ao encontrar-se assente numa Filosofia própria do cuidar: a Filosofia de Cuidados da Enfermagem Pediátrica, sustentada pelo Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, pela Filosofia de Cuidados Centrados na Família e pelos Cuidados Não Traumáticos (OE, 2020a).

Embora atualmente sejam reconhecidos os benefícios da participação dos pais/família no cuidado à criança hospitalizada, sabe-se que até há algumas décadas os modelos de Enfermagem não faziam referência ao envolvimento da família nos cuidados à criança hospitalizada (Mendes & Martins, 2012).

Em 1988, Anne Casey desenvolve o Modelo de Parceria de Cuidados que vem realçar a importância do envolvimento dos pais no cuidado à criança hospitalizada, respeitando e valorizando a sua participação, adotando-os enquanto parceiros da equipa de cuidados, reconhecendo-os como sendo os melhores prestadores de cuidados ao seu filho (Casey & Mobbs, 1998). Neste seu modelo, Casey apresenta uma distinção entre cuidados familiares e cuidados de Enfermagem, através de um processo de negociação constante e respeito pelas necessidades e vontades da criança e família (Casey & Mobbs, 1998).

Quanto à Filosofia de Cuidados Centrados na Família, esta consiste numa Filosofia que além de cuidar da criança, reconhece também a sua família como unidade de cuidado (Pinto et al., 2010). Considera a família como figura fundamental no cuidado aos seus membros e constante na vida da criança, sendo a unidade básica da qual a criança recebe cuidados desde o nascimento, incluindo cuidados de promoção da saúde e prevenção de doenças. Desta forma, o Cuidado Centrado na Família vem definir uma maneira de cuidar da criança assegurando um planeamento em torno da família como unidade, na qual todos os membros sejam reconhecidos como foco do cuidado (Pinto et al., 2010).

Já os Cuidados Não Traumáticos “pressupõem a prestação de cuidados de Enfermagem com o uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico vivido pela criança e família, em todas os contactos com instituições de saúde” (OE, 2020b, p.2), apresentando como objetivo primordial: não causar o dano à criança durante a prestação de cuidados (Hockenberry & Wilson, 2016). Visam minimizar o desconforto físico e psicológico da criança recorrendo a diversas estratégias, nomeadamente: promover a relação pais/filho, preparar a criança antes de um procedimento, controlar a dor,

respeitar a privacidade e diferenças culturais, diminuir o medo pela oportunidade de escolha, promover a brincadeira e a expressão de sentimentos (Hockenberry & Wilson, 2016).

A Filosofia de Cuidados da Enfermagem Pediátrica deve assim pautar o exercício profissional de qualquer enfermeiro que exerça funções em pediatria, fundamentalmente a intervenção do EEESIP, encarando sempre a criança e família como binómio beneficiário dos seus cuidados (OE, 2019), demonstrando uma performance que se traduza “na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança” (OE, 2018, p.19192).

### **1.3. Promover a segurança da criança: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

Devendo o EEESIP intervir no sentido da maximização da saúde e do potencial de desenvolvimento das crianças desde a vinculação até à juventude (OE, 2018) - a promoção da segurança infantil e juvenil apresenta-se como um tema de especial intervenção - uma vez a segurança (física, emocional e social) constitui um pilar essencial para a sedimentação de um desenvolvimento saudável (OE, 2010).

Dado o intenso processo de desenvolvimento que ocorre na infância, as crianças são compreendidas como sujeitos sociais com características, necessidades e vulnerabilidades peculiares (Silva et al., 2015). Apresentam ainda uma “maior dificuldade em prever o que lhes pode acontecer e em avaliar o risco” (Associação para Promoção da Segurança Infantil (APSI), 2022, p.5). Em resultado da sua maior vulnerabilidade e dificuldade em prever o risco, a ocorrência de lesões não intencionais apresenta-se como um dos principais motivos de internamento, morte ou incapacidade na infância (OE, 2017).

Em acréscimo - associado à necessidade frequente de ajuste de doses de medicamentos, imaturidade dos seus órgãos e sistemas, como pela sua curiosidade e imprevisibilidade de movimentos e incapacidade para questionar os cuidados que lhe são prestados - também no contexto hospitalar as crianças apresentam um maior risco para a ocorrência de incidentes de segurança (Peres et al., 2018).

Neste âmbito, interessa a definição de alguns conceitos essenciais. Um incidente de segurança constitui-se um “evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário” (OMS, 2011, p.21); sendo que dano implica um prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito prejudicial daí resultante, nomeadamente doença,

lesão, sofrimento, incapacidade ou morte (OMS, 2011). Os incidentes de segurança distinguem-se ainda em: quase evento (um incidente que não alcançou o doente), evento sem danos (um incidente em que um evento chegou ao doente, mas não resultou em danos discerníveis) e incidente com danos ou evento adverso (um incidente que resulta em danos para o doente) (OMS, 2011). Os erros são por definição incidentes de segurança não intencionais que resultam da “falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano” (OMS, 2011, p.21).

Sendo a ocorrência de incidentes de segurança uma realidade nos serviços de saúde, a implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes é essencial (DGS, 2021) e sendo competência do Enfermeiro Especialista (EE) garantir “um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, p.4747), é da sua responsabilidade atuar neste âmbito, promovendo a cultura de segurança nos serviços de prestação de cuidados de saúde onde se encontra.

Promover a segurança infantil passa assim pela salvaguarda dos direitos fundamentais, tendo as crianças o direito a atingir o expoente máximo de saúde e ambiente seguro (*United Nations Children’s Fund*, 2019). Implica protegê-las através da identificação de situações que as coloquem em risco (Antão, et al. 2019), criando ambientes seguros para o seu adequado crescimento e desenvolvimento (APSI, 2017).

Em suma, compreendendo que as crianças apresentam características físicas e psicológicas que as predispõe a uma maior probabilidade de ocorrência de incidentes que possam comprometer a sua segurança, a implementação de ações voltadas para a promoção da segurança, torna-se essencialmente relevante na pediatria (Peres et al., 2018). Trabalhando o EEESIP “em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível” (OE, 2018, p. 19192), este encontra-se numa posição privilegiada de atuação, sendo a sua intervenção neste âmbito fundamental em todos os contextos de cuidado.

Interessa ainda ressaltar, à luz da Filosofia de Cuidados da Enfermagem Pediátrica, que sendo a família a figura fundamental no cuidado aos seus membros e constante na vida da criança (Pinto et al., 2010), o envolvimento dos familiares tem-se demonstrado essencial para a segurança da criança apresentando estas atitudes proativas para a promoção da segurança através da observação, proteção à criança e questionamento dos profissionais, apresentando-se como aliados e parceiros essenciais (Rodrigues et al., 2018).

#### **1.4. Perceção da família sobre a segurança nos cuidados à criança hospitalizada: *scoping review***

##### **Introdução**

A segurança é uma dimensão fundamental da qualidade dos cuidados de saúde. Segundo a OMS (2020), cuidados de alta qualidade envolvem cuidados seguros, eficazes, centrados nas pessoas, oportunos, eficientes, equitativos e integrados.

O reconhecimento da importância da segurança do paciente e a crescente consciencialização sobre o tema veio a ser despoletado essencialmente nas últimas duas décadas, após o lançamento do relatório do Instituto de Medicina *To Err Is Human* de 1999, que revelou à data a imensa dimensão de eventos adversos evitáveis (Nicklin & Hughes, 2020). Atualmente, reconhece-se que a prestação de cuidados de saúde envolve riscos e que apesar de todos os cuidados para não falhar, muito há ainda a fazer para garantir que todos os pacientes recebam cuidados com a máxima segurança (Silva et al., 2018).

A segurança do paciente foi definida como a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável (OMS, 2011). Desde então, esta definição tem sido utilizada de forma sistemática na literatura até à atualidade.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui-se como um direito do paciente de acordo com a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, sendo a segurança um dos seus componentes essenciais (DGS, 2021). Da mesma forma, de acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, no seu artigo 3.º: “todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1978, p.489). A melhoria contínua da procura da segurança do paciente constitui assim uma obrigação ética e legal universal a todos os profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde (Silva et al., 2018).

Apesar de estudos escassos acerca da segurança do doente pediátrico, os dados são inquietantes. Acredita-se que as crianças, pela sua especificidade, são mais vulneráveis à ocorrência de eventos adversos durante a hospitalização, comparativamente à população adulta (Silva et al., 2016). Da sua especificidade, destaca-se o metabolismo acelerado e a maior variação do peso corporal, o que torna necessário o ajuste frequente de doses e concentrações de medicamentos, a imaturidade no desenvolvimento de órgãos e sistemas, a curiosidade e imprevisibilidade dos movimentos, características do próprio desenvolvimento

da criança, carecendo estes de maior monitorização e vigilância constantes (Peres et al., 2018).

A família da criança são as pessoas de referência que a acompanham no seu processo de desenvolvimento, são quem conhece as suas particularidades, efetivando-se enquanto importantes parceiros na garantia da sua segurança física e emocional (Franco et al., 2020). As crianças são muitas vezes incapazes de contribuir para o controlo da sua própria segurança sendo fundamental a participação efetiva do acompanhante, de modo a servir de barreira de prevenção a eventos adversos (Gonçalves et al., 2020). O familiar cuidador tende a ser reconhecido como a principal referência de cuidado da criança, que a acompanha durante a hospitalização, procurando ajudá-la na adaptação e promoção da sua segurança (Chagas et al., 2017).

Compreende-se que os pacientes e familiares são capazes de identificar incidentes e eventos adversos não detetados pelos profissionais e de os relatar sem constrangimentos ou prejuízos, fornecendo informações novas e valiosas sobre o tipo e frequência dessas ocorrências. Através dos familiares, é possível ter uma perspetiva distinta sobre a segurança do cuidado hospitalar muitas vezes não relatada nos sistemas de notificação (Villar et al., 2021).

A perceção do paciente tem sido utilizada como indicador de resultado de qualidade para medir o desempenho da prestação dos serviços e a sua avaliação. É uma estratégia que auxilia o desenvolvimento de medidas de aperfeiçoamento da qualidade. A perceção dos familiares poderá assim, sinalizar a existência de falhas no cuidado e no sistema organizacional contribuindo para o planeamento de novas estratégias e práticas mais seguras (Arruda et al., 2017).

No quarto, dos sete objetivos estratégicos do Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 que visam eliminar danos evitáveis, é referido: envolver e capacitar pacientes e famílias para ajudar a apoiar a jornada para cuidados de saúde mais seguros. Este objetivo vem reforçar que o envolvimento do paciente e da família deverá ser parte integrante da promoção da segurança do mesmo, para que a sua voz e experiência resultem numa influência benéfica e poderosa na prática clínica e nas políticas globais e nacionais (OMS, 2021).

Da mesma forma, o Relatório de especialistas convocado pela Fundação Nacional de Segurança do Paciente destaca lacunas na cultura de segurança e detalha recomendações, entendendo que a assistência ideal depende de um envolvimento ativo dos pacientes e das

suas famílias. Apresenta a sua recomendação número sete, dirigida a organizações de assistência a saúde: Associar-se a pacientes e famílias para promover uma assistência mais segura (*National Patient Safety Foundation, 2015*).

Torna-se assim, indispensável que as instituições de saúde estimulem a troca de saberes entre pacientes, acompanhantes, familiares e profissionais no sentido de aumentar a segurança do paciente, sendo o cuidado construído a partir da parceria entre todos os envolvidos (Hoffmann et al., 2019).

Por sua vez, a literatura considera de uma forma global que a participação da família na segurança do paciente é permeada por muitos desafios, com diferentes percepções entre os envolvidos que participam nos cuidados (Oliveira et al., 2022). Embora incentivada a sua participação, é relatado que esta pode ainda ser dificultada pelo receio que os profissionais de saúde sentem em relação à "transferência" de competências dos profissionais para os pais/família (Melo et al., 2014).

Existe diversa e dispersa literatura disponível sobre a percepção dos familiares/pais/acompanhantes/cuidadores acerca da segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada, maioritariamente estudos primários, que suportam a necessidade da realização desta revisão.

Foi realizada uma pesquisa preliminar na *Prospero National Institute for Health, Joanna Briggs Institute (JBI) Evidence Synthesis, Open Science Framework (OSF) home e the Cochrane Database of Systematic Reviews*, não tendo sido encontrados protocolos de revisão ou revisões sistemáticas atuais sobre a questão colocada, surgindo a necessidade de mapear a evidência científica neste âmbito.

A percepção dos familiares das crianças hospitalizadas sobre a segurança dos cuidados, nomeadamente dos fatores contribuintes para o cuidado inseguro e as suas sugestões de melhoria, constitui uma mais-valia para sensibilizar profissionais e organizações de saúde, favorecendo aprendizagens e adaptação de comportamentos promotores de uma maior segurança. O objetivo desta revisão é mapear na evidência científica a percepção da família sobre a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada.

### **Questão de revisão**

A atual revisão pretende responder à seguinte questão: Qual a percepção da família sobre a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada?

Partindo da questão principal, pretendemos ainda identificar: quais os incidentes de segurança identificados pelos familiares das crianças hospitalizadas; quais os fatores que contribuem para o cuidado inseguro identificados pelos familiares das crianças hospitalizadas; quais as sugestões referidas pelos familiares para promover a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada.

### **Critérios de inclusão/exclusão**

Para a definição dos critérios de inclusão foi utilizada a mnemónica “PCC” de acordo com as recomendações do JBI para as revisões *scoping*. Esta representa os termos população, conceito e contexto (Aromataris & Munn, 2020).

População: A atual revisão considera estudos que incluem pais/familiares/acompanhantes/cuidadores de crianças hospitalizadas, independentemente da idade da criança (0 -18 anos) e da causa do internamento. Não foram aplicadas restrições de género, idade, etnia ou outras características pessoais.

Conceito: Foram incluídos estudos focados na segurança do doente. A segurança do doente define-se como a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável (OMS, 2011). Foram incluídos estudos que abordaram quaisquer fatores identificados pelos familiares relacionados com a segurança da criança hospitalizada, incluindo fatores contribuintes para o cuidado inseguro e sugestões de melhoria para promoção da segurança. Foram incluídos estudos que incluíam questões relacionadas com a cultura de segurança que respondiam às questões da revisão.

Contexto: A revisão aborda todos os contextos de prestação de cuidados hospitalares à criança (0-18 anos), incluindo serviços de urgência, internamento de diversas especialidades, bloco operatório, cuidados intensivos e neonatologia. Não foram impostas restrições culturais ou geográficas.

Tipos de Fontes: Foram considerados como fontes, estudos do tipo quantitativo, qualitativo e misto, revisões de literatura, literatura cinzenta, entre outros, considerados relevantes para a questão de revisão, redigidos em português, inglês, espanhol e francês. Como critérios de exclusão definiram-se artigos de opinião, anúncios publicitários, editoriais ou cartas ao editor.

Tendo em conta o objetivo da revisão *scoping* que pretende mapear toda a evidência disponível, não seria estabelecido um limite temporal a respeito da data de publicação dos estudos (Aromataris & Munn, 2020). Porém, em 1999 foi lançado o relatório do Instituto de

Medicina *To Err Is Human*, tendo-se verificado a partir de então uma grande evolução da cultura de segurança dos cuidados (Nicklin & Hughes, 2020). Assim, considerando que estudos anteriores poderiam não se adequar à realidade da cultura de segurança atual, foram incluídos estudos após o ano de 1999.

## **Métodos**

A revisão de *scoping* foi realizada de acordo com a metodologia JBI (2020) para análises de *scoping* e os dados são apresentados segundo as recomendações da *checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018). A atual *scoping review* foi realizada no seguimento do desenvolvido de um protocolo *a priori*, registado a 26 de abril na plataforma *OSFhome*, de acesso aberto através do link: <https://osf.io/mz5e9> (Sousa & Correia, 2022).

Estratégia de pesquisa: A estratégia de pesquisa visou obter estudos publicados e não publicados que respondessem aos critérios de inclusão definidos e respondessem às questões da *scoping review*. Primeiramente, foram acedidas as bases de dados MEDLINE (via EBSCOhost) e CINAHL (via EBSCOhost) para pesquisa exploratória de estudos relevantes e identificação das palavras mais frequentes contidas nos títulos e resumos. Para uma estratégia de pesquisa completa, seguiu-se a identificação dos termos de indexação e termos livres, aplicando-se os operadores booleanos AND e OR. A pesquisa dos estudos foi realizada por via eletrónica nas bases de dados MEDLINE (via EBSCO), CINAHL (via EBSCO), SciELO e Scopus. A equação de pesquisa foi adaptada a cada base de dados (ver APÊNDICE I). No sentido de complementar esta análise pesquisou-se na literatura cinzenta, consultando-se o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). A terceira etapa consistiu na análise da lista de referências bibliográficas dos estudos selecionados. A pesquisa foi realizada durante os meses de março e abril de 2022.

Seleção de estudos: Todos os estudos obtidos através da estratégia de pesquisa foram exportados para o software *Zotero* (6.0.6/2022), onde foram identificados os estudos duplicados que foram removidos. De seguida, foi realizada uma triagem dos estudos através da leitura criteriosa dos títulos e resumos por dois revisores independentes de modo a verificar a elegibilidade dos mesmos. Os estudos potencialmente relevantes foram importados para o *Rayyan* QCRI® onde passaram à fase de leitura de texto completo. A leitura dos estudos em texto completo foi realizada em pormenor a respeito dos critérios de

inclusão por dois revisores independentes. Surgiram quarenta e sete divergências que foram resolvidas através de discussão entre os dois revisores, sem necessidade de consulta de revisores adicionais. Os estudos que não satisfizeram os critérios de inclusão e as razões da sua exclusão apresentam-se no APÊNDICE II.

Extração de dados: Para a extração de dados dos estudos incluídos, foi utilizada a ferramenta de extração de dados proposta pela JBI, que foi alvo de adaptação face aos objetivos da revisão (ver APÊNDICE III). Os dados extraídos dos estudos incluem detalhes específicos sobre: autores, título, ano, país, objetivos, tipo de estudo, participantes, contexto e principais resultados relevantes para as questões de revisão. Os dados foram extraídos por dois revisores independentes, tendo surgido vinte e duas divergências que foram resolvidas através de discussão, restando dois estudos dos quais surgiu necessidade de recorrer a dois revisores adicionais.

Foram identificados dois estudos sem versão completa gratuita disponível, tendo sido contactada a revista de publicação para solicitar os estudos. Não tendo sido obtida resposta, os mesmos não foram incluídos.

Alguns estudos abordam as percepções de outros que não familiares, no entanto foi possível a extração de dados apenas da população em estudo (Biasibetti et al., 2019; Bruyneel et al., 2017; Wegner & Pedro, 2012; Wei et al., 2019; Witanowska et al., 2019).

Tendo em conta que se trata de uma *scoping review*, a avaliação crítica das fontes foi dispensada, uma vez que o objetivo consiste em mapear o conhecimento disponível acerca da temática (Aromataris & Munn, 2020).

Análise de dados: Os resultados apresentados procuram responder diretamente ao objetivo da revisão e às questões previamente colocadas. As evidências encontradas nos estudos incluídos são apresentadas por meio de tabela. A síntese e apresentação dos dados foi realizada de forma conjunta pelos revisores envolvidos na etapa anterior. Um resumo narrativo acompanhará os resultados tabulados e descreverá como os resultados se relacionam com o objetivo e as questões da revisão.

## **Resultados**

Através da pesquisa realizada nas bases de dados foram encontrados 1590 estudos. Destes, 155 estudos encontravam-se identificados automaticamente como duplicados tendo sido removidos, totalizando 1435. Após leitura de títulos e resumos foram excluídos 1290 e

mais 9 por identificação manual de duplicação, ficando 136 estudos. Após leitura de texto completo à luz dos critérios de inclusão, foram excluídos 110 estudos, restando 26 estudos incluídos. Selecionaram-se mais 3 estudos das referências bibliográficas dos estudos incluídos, totalizando 29 estudos incluídos para revisão. Em APÊNDICE IV apresenta-se o fluxograma do processo de seleção dos estudos de acordo com as orientações PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018).

Os estudos apresentam um friso temporal de 1999 a 2020, sendo o ano de maior publicação 2019 (21%) (Biasibetti et al., 2019; Hoffmann et al., 2019b; Massa et al., 2019; Shala et al., 2019; Wei et al., 2019; Witanowska et al., 2019). Verifica-se maioritariamente estudos publicados nos Estados Unidos da América (EUA) (45%) (Cox et al., 2013; Harbaugh et al., 2004; Khan et al., 2016, 2017; Lyndon et al., 2014; Mazor et al., 2010; Rosenberg et al., 2016; Schaffer et al., 2000; Sobo, 2005; Sobo et al., 2002; Stubblefield & Murray, 1999; Tarini et al., 2009; Wei et al., 2019) e Brasil (34%) (Biasibetti et al., 2019; Franco et al., 2020; Hoffmann et al., 2019, 2020; Lima et al., 2017; Moura et al., 2020; Peres et al., 2018; Rodrigues et al., 2018; Silva et al., 2012; Wegner & Pedro, 2012).

A maioria dos estudos (86%) apresenta uma abordagem qualitativa (Biasibetti et al., 2019; Bruyneel et al., 2017; Franco et al., 2020; Harbaugh et al., 2004; Hoffmann et al., 2019, 2020; Khan et al., 2016; Lachman et al., 2015; Lima et al., 2017; Lyndon et al., 2014; Massa et al., 2019; Mazor et al., 2010; Moura et al., 2020; Peres et al., 2018; Rodrigues et al., 2018; Rosenberg et al., 2016; Schaffer et al., 2000; Shala et al., 2019; Silva et al., 2012; Sobo, 2005; Sobo et al., 2002; Stubblefield & Murray, 1999; Tarini et al., 2009; Wegner & Pedro, 2012; Wei et al., 2019).

Na totalidade, esta revisão inclui 4872 participantes, destes 3722 (76%) são pais (Bruyneel et al., 2017; Cox et al., 2013; Harbaugh et al., 2004; Khan et al., 2016, 2017; Lyndon et al., 2014; Mazor et al., 2010; Moura et al., 2020; Rosenberg et al., 2016; Schaffer et al., 2000; Shala et al., 2019; Sobo, 2005; Sobo et al., 2002; Stubblefield & Murray, 1999; Tarini et al., 2009; Wei et al., 2019; Witanowska et al., 2019), 883 (18%) são familiares (Biasibetti et al., 2019; Daniels et al., 2012; Franco et al., 2020; Hoffmann et al., 2020; Lachman et al., 2015; Rodrigues et al., 2018; Silva et al., 2012; Wegner & Pedro, 2012), 227 (5%) são cuidadores (Hoffmann et al., 2019; Massa et al., 2019; Peres et al., 2018) e 40 (1%) são acompanhantes (Lima et al., 2017).

As características dos estudos incluídos na *scoping review* encontram-se em APÊNDICE V, onde surgem descritas as informações relativas a autores, ano, país da

publicação, tipo de estudo, participantes, contexto, objetivo e principais resultados de interesse.

## **Discussão**

Partindo dos principais resultados de interesse dos estudos incluídos, foi realizada uma síntese narrativa para dar resposta às questões da *scoping review*.

### Qual a percepção da família sobre a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada?

Em oito estudos (28%) os familiares partilharam a mesma percepção, de que embora identifiquem preocupações de segurança, consideraram seguros os cuidados prestados à criança hospitalizada (Cox et al., 2013; Lyndon et al., 2014; Massa et al., 2019; Rodrigues et al., 2018; Schaffer et al., 2000; Sobo, 2005; Wegner & Pedro, 2012; Wei et al., 2019).

Foi relatada confiança nos profissionais de saúde (Lyndon et al., 2014; Massa et al., 2019) e percecionado por alguns familiares um elevado nível de competências por parte dos profissionais e que os mesmos garantem não apenas a segurança física, mas também a psicológica (Witanowska et al., 2019).

Por outro lado, foram expressos receios e identificadas falhas de segurança em seis estudos (21%) (Cox et al., 2013; Lyndon et al., 2014; Massa et al., 2019; Sobo, 2005; Wegner & Pedro, 2012; Wei et al., 2019). Relataram fraca prestação de cuidados, poucos conhecimentos científicos e falta de informação disponibilizada por parte dos profissionais (Silva et al., 2012). Alguns responderam de forma negativa a respeito da aplicação de estratégias para a prevenção de erros e sobre orientações para reportar as suas preocupações (Bruyneel et al., 2017). Foram relatados sentimentos de vulnerabilidade quando as crianças são internadas no hospital (Lachman et al., 2015).

Familiares referiram sentir-se mais seguros com a vigilância constante dos enfermeiros quando associada a comunicação e informação prestada adequadamente (Cox et al., 2013; Harbaugh et al., 2004).

Verifica-se em 10% dos estudos, uma ênfase nos aspetos pessoais e relacionais dos profissionais de saúde, sendo identificados como fatores contribuintes para uma maior sensação de segurança: a atenção, paciência, carinho, habilidade de comunicação, educação, respeito e cuidado com “compaixão e perícia” para com os familiares e crianças (Schaffer et al., 2000; Silva et al., 2012; Wei et al., 2019). É relatada uma maior sensação de segurança quando observavam que os profissionais de saúde demonstram importar-se com as crianças (Stubblefield & Murray, 1999; Wei et al., 2019), quando demonstravam interesse nas suas

perguntas e quando procuravam observar as crianças, mesmo as que não se encontravam aos seus cuidados (Wei et al., 2019).

Alguns familiares perceberam a segurança como uma combinação de diferentes dimensões: física, através de práticas seguras; emocional, através da confiança depositada nos profissionais de saúde, prestação de informações e envolvimento dos cuidados; e desenvolvimento da criança, pela sua interação, crescimento e vínculo (Lyndon et al., 2014).

Compreende-se ainda por parte dos familiares uma visão da segurança que envolvia o conforto (Rosenberg et al., 2016).

Os familiares consideraram que a sua relação com os profissionais afetava os cuidados (Rosenberg et al., 2016) e referiram que uma boa relação entre a equipa e familiares favorece a troca de informações, podendo ter impacto na mudança de atitudes e na promoção da segurança (Witanowska et al., 2019).

Cinco estudos (17%) apresentam relatos em como os familiares consideraram a sua presença essencial para promover o cuidado seguro e para garantir que não são cometidos erros (Cox et al., 2013; Franco et al., 2020; Peres et al., 2018; Shala et al., 2019; Tarini et al., 2009). Quanto a este aspeto, familiares com menor domínio no idioma e menor confiança na interação com os profissionais demonstraram ser os mais propensos a relatar a necessidade de cuidar e supervisionar os cuidados (Tarini et al., 2009).

Um dos estudos, aborda concretamente o tema das quedas. Refere que a maioria dos familiares desconhecia a ocorrência de quedas durante o internamento, mas expressaram essa preocupação, além de que a vivência de experiências passadas, resultou na adoção de maior vigilância e aplicação de estratégias de prevenção (Shala et al., 2019).

Num estudo realizado em contexto cirúrgico, os familiares referiram não considerar a equipa de profissionais de saúde culpada de possíveis complicações, mas atribuem a possibilidade de ocorrência das mesmas, relacionado com a imaturidade inerente às características físicas e imprevisibilidade da criança (Sobo, 2005). Noutro estudo, foi ainda possível compreender que para alguns familiares, a ocorrência de incidente pode não ser vista como um erro de segurança se o mesmo não resultar em prejuízo (Peres et al., 2018).

Verificam-se, por sua vez, em três estudos (10%) que algumas preocupações de segurança relatadas, não se incluem como reais preocupações de segurança, mas com outras preocupações de qualidade dos cuidados não relacionadas à segurança (Daniels et al., 2012; Khan et al., 2016, 2017).

### Quais os incidentes de segurança identificados pelos familiares das crianças hospitalizadas?

Por ordem decrescente de frequência de relatos, foram identificados os seguintes incidentes de segurança: os relacionados com a administração de medicação (24% dos estudos) (Hoffmann et al., 2019, 2020; Khan et al., 2016, 2017; Lima et al., 2017; Massa et al., 2019; Peres et al., 2018), identificação do paciente, controlo de infeção hospitalar pela higienização das mãos e utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) (14%) (Hoffmann et al., 2019, 2020; Lima et al., 2017; Peres et al., 2018), quedas (14%) (Hoffmann et al., 2019, 2020; Lima et al., 2017; Massa et al., 2019), realização de procedimentos (10%) (Hoffmann et al., 2019, 2020; Khan et al., 2016), comunicação (10%) (Hoffmann et al., 2019, 2020; Peres et al., 2018), fornecimento de dietas (7%), (Hoffmann et al., 2019, 2020) flebites e lesões cutâneas (7%), (Lima et al., 2017; Massa et al., 2019) múltiplas picadas de agulha (3%) (Khan et al., 2017), diagnóstico (3%) (Khan et al., 2016), atrasos no tratamento (3%) (Khan et al., 2017) e vigilância da criança e controlo de visitas (3%) (Hoffmann et al., 2020).

### Quais os fatores que contribuem para o cuidado inseguro identificados pelos familiares das crianças hospitalizadas?

Os fatores que contribuem para o cuidado inseguro identificados pelos familiares das crianças hospitalizadas foram agrupados em duas categorias: fatores relacionados com os profissionais e fatores relacionados com a organização.

Quanto aos primeiros, a maioria dos familiares das crianças hospitalizadas identifica falhas na comunicação entre equipa e entre a mesma e os familiares como um dos fatores contribuintes para o cuidado inseguro, parecendo ser a causa principal mais relatada os estudos incluídos (31%) (Daniels et al., 2012; Hoffmann et al., 2019; Lachman et al., 2015; Mazor et al., 2010; Peres et al., 2018; Rodrigues et al., 2018; Silva et al., 2012; Sobo et al., 2002; Wegner & Pedro, 2012).

Referiram sentir-se inseguros quando excluídos dos cuidados (Peres et al., 2018; Silva et al., 2012) e quando o comportamento dos enfermeiros foi percebido como descuidado e não protetor (Harbaugh et al., 2004). Referiram preocupação com a falta conhecimentos, habilidades, experiência ou competências de alguns profissionais (Lima et al., 2017; Mazor et al., 2010), a falta de rigor profissional e tempo insuficiente passado com a criança (Mazor et al., 2010). Foi ainda descrita preocupações por não “conhecerem o bebé” (Lyndon et al., 2014). Referiram que alguns profissionais descartavam as suas preocupações e não procuravam aconselhamento entre colegas (Mazor et al., 2010). Referiram prestar

cuidados que lhes teriam sido atribuídos que entendiam ser competência dos profissionais (Wegner & Pedro, 2012). Reconheceram por sua vez, que o erro pode ocorrer pelo envolvimento de muitos profissionais (Sobo et al., 2002).

Foram ainda referidas fragilidades quanto à administração de medicamentos, (Lima et al., 2017; Moura et al., 2020; Sobo et al., 2002; Wegner & Pedro, 2012) uso de equipamentos, posicionamento dos bebês, aquecimento após o banho, cuidados com a pele e higienização das mãos, como fatores contribuintes para um cuidado inseguro (Moura et al., 2020). Alguns familiares referiram sensação de abandono quando a condição das crianças se agravava (Stubblefield & Murray, 1999). Referiram não receber educação sobre quedas e desconheciam a avaliação do risco (Shala et al., 2019).

Quanto a fatores que contribuem para o cuidado inseguro relacionados com as organizações, os familiares relataram atrasos significativos no internamento, na prestação de cuidados (Lachman et al., 2015) e rácio inadequado de profissionais (Wegner & Pedro, 2012). Relataram preocupações no controlo do acesso de estranhos às unidades, (Lima et al., 2017; Rodrigues et al., 2018) e a condições de limpeza e higiene das unidades pelo risco de infeção (Lachman et al., 2015; Lima et al., 2017; Rodrigues et al., 2018; Wegner & Pedro, 2012).

#### Quais as sugestões referidas pelos familiares para promover a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada?

Também as sugestões de melhoria para promover a segurança foram agrupadas em duas categorias, aquelas dirigidas aos profissionais de saúde e as dirigidas à organização.

Em relação às primeiras, os familiares sugeriram que os profissionais observem as crianças internadas com maior frequência (Schaffer et al., 2000), reforçaram a necessidade de uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde (Stubblefield & Murray, 1999) e a importância de uma comunicação aberta (Rodrigues et al., 2018; Schaffer et al., 2000; Wegner & Pedro, 2012).

Valorizaram e incentivam uma abordagem centrada na criança e na família, considerando a parceria de cuidados como uma oportunidade de promover a segurança (Franco et al., 2020).

Ainda a respeito da comunicação, a maioria dos acompanhantes compreende que ser informado sobre os medicamentos e procedimentos realizados permite um olhar mais atento, aumentando a segurança da criança (Biasibetti et al., 2019). Gostariam, que os informassem do nome dos medicamentos e não apenas do tipo de medicamentos, que todos os

profissionais realizassem os procedimentos de forma uniformizada e que prestassem informações com igualdade aos diferentes familiares (Sobo et al., 2002).

Referiram que a comunicação com os profissionais possibilita que sejam orientados sobre a melhor forma de participar do cuidado, evitando riscos à saúde da criança (Biasibetti et al., 2019), reforçaram a importância de a equipa refletir sobre o seu papel na transmissão de informações e orientações aos familiares (Hoffmann et al., 2020; Peres et al., 2018).

Os familiares apresentaram ainda como sugestões de melhoria dirigidas aos profissionais de saúde: avaliação do risco de queda, maior atenção na identificação do paciente, medidas para a correta prescrição/administração de medicamentos, (Rodrigues et al., 2018) aumento do trabalho em equipa, lavagem das mãos, esterilização de equipamentos, (Wegner & Pedro, 2012) cuidado individualizado e (Silva et al., 2012; Wegner & Pedro, 2012) cuidados com afeto e empatia (Rodrigues et al., 2018; Silva et al., 2012).

Quanto a sugestões de melhoria para promover a segurança dirigidas a organizações os familiares recomendam: maior controlo e restrição de visitas, maior atenção no controlo de infeção, (Rodrigues et al., 2018) maior orientação e supervisão dos cuidados, (Wegner & Pedro, 2012) utilização de tecnologias avançadas (Silva et al., 2012; Wegner & Pedro, 2012) e aumento de qualificação profissional (Peres et al., 2018; Silva et al., 2012).

Sugerem ainda a fixação de recomendações de segurança em locais públicos das unidades, como por exemplo práticas adequadas da higienização das mãos, aumentando a adesão por parte dos familiares, visitas e maior abertura para diálogo com os profissionais sobre este aspeto (Rosenberg et al., 2016).

### **Limitações do Estudo**

Identificamos como limitações do estudo: o possível risco de omissão de estudos relevantes não abrangidos pelos descritores e termos livres na pesquisa inicial. No entanto, no sentido de diminuir este risco foram consultadas as referências bibliográficas dos estudos selecionados; o facto de não se ter conseguido obter dois estudos que poderiam conter dados relevantes para a revisão, mas que mesmo após contacto com autores não foi possível obter; o facto de inclusão de estudos nos idiomas português, inglês e espanhol, excluindo-se estudos noutros idiomas, possivelmente importantes de incluir nesta revisão.

## Conclusão

Através dos resultados extraídos dos estudos incluídos foi possível responder às questões da *revisão scoping*. Compreende-se que existe pouca divergência na perceção de segurança por parte dos familiares das crianças hospitalizadas.

Os familiares são capazes de relatar incidentes de segurança em diversos aspetos do cuidado, sendo a administração de medicamentos o incidente com maior número de relatos. Compreendem que a segurança do paciente está para além das questões do risco, envolvendo também a relação com os profissionais. Verifica-se uma especial ênfase à comunicação e à relação que estabelecem com os profissionais de saúde, não descurando os aspetos da prática e técnica na prestação de cuidados. A falta de comunicação parece assim ser o maior fator contribuinte para o cuidado inseguro e as sugestões de melhoria parecem centrar-se no aumento da transmissão de informações aos familiares e numa maior atenção e vigilância por parte dos profissionais de saúde das crianças hospitalizadas.

Os familiares estão de facto atentos aos cuidados prestados e demonstram interesse em participar na promoção da segurança das suas crianças e de estar envolvidos nos cuidados, o que lhes promove uma maior sensação de segurança e conforto.

A diversidade da perceção dos familiares pode estar relacionada com diferentes condições de segurança das diferentes organizações e países. As suas sugestões vão ao encontro do que se encontra preconizado para a promoção da segurança nas organizações de saúde.

Compreende-se que os familiares das crianças hospitalizadas apresentam uma visão distinta sobre a segurança da criança hospitalizada permitindo um olhar distanciado. Consideramos que a realização da atual *scoping review* apresenta resultados que permitem a sensibilização dos profissionais de saúde sobre a sua prestação de cuidados no que se refere à segurança da criança hospitalizada.

A partir dos resultados da revisão efetuada, identificamos uma prevalência de estudos realizados nos EUA e Brasil. Dada a pertinência do tema, recomendamos o aumento da realização de estudos de investigação neste âmbito noutros países.

No seguimento da realização desta *scoping review*, fui ainda coautora na elaboração de póster sobre a mesma (ver APÊNDICE VI), tendo participado no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa através da sua apresentação (ver ANEXO IV).



## **2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do EE, o EE “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, p.4744). Ao longo deste capítulo será apresentado, através de uma análise crítica e reflexiva, o meu percurso individual de desenvolvimento de competências de EEESIP.

### **2.1. Percurso profissional prévio**

O Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa preconiza a realização de 4 estágios em diferentes contextos de prestação de cuidados: Internamento de Pediatria, Cuidados de Saúde Primários (CSP), UN e SUP.

O facto de possuir experiência profissional prévia na área da Pediatria exercendo funções há mais de quatro anos numa Unidade de Internamento permitiu-me obter creditação ao estágio de Internamento de Pediatria, tendo sido dispensada da sua realização.

A minha experiência profissional enquanto enfermeira a exercer funções num serviço de internamento pediátrico permitiu-me antecipadamente desenvolver algumas competências, tanto enunciadas no Regulamento das Competências Comuns do EE, como no Regulamento das Competências Específicas do EEESIP, que vieram agora a ser consolidadas e aprimoradas com a realização deste percurso de mestrado e especialidade.

Ao longo do meu percurso profissional prestei cuidados a crianças, jovens e famílias, acompanhando-as ao longo do internamento, desde a sua admissão até à alta, tendo-me permitido integrar - até então de uma forma inconsciente - uma forma de ser, estar e fazer, guiada pela Filosofia de Cuidados da Enfermagem Pediátrica.

Realizei a identificação das necessidades individuais de crianças/jovens e famílias, formulando diagnósticos de Enfermagem e adaptando os planos de cuidados de forma contínua. Desenvolvi competências de comunicação junto de crianças de diferentes idades e

fases de desenvolvimento, assim como com as suas famílias, respeitando os seus valores, costumes e crenças e promovi a adaptação à hospitalização.

Desenvolvi competências que me permitiram mobilizar “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” (OE, 2018, p.19193). Trabalhei em colaboração próxima com a equipa multidisciplinar, encaminhando situações para outros profissionais sempre que necessário.

Desenvolvi um olhar atento e um pensamento crítico a respeito das diferentes situações com que me deparei, priorizando intervenções, identificando e antecipando situações de risco, atuando de forma rápida e eficaz.

Tendo-me sido reconhecidas competências para tal, forneci apoio na integração e formação de novos colegas e assumi responsabilidades enquanto chefe de equipa, tendo desenvolvido competências de gestão, através da coordenação, supervisão e apoio da equipa, servindo nesses momentos como elemento de referência, adaptando “a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p.4745).

Integrei um grupo de trabalho responsável pelos registos de enfermagem no processo clínico, tendo realizado sessões de formação, produção de documentos orientadores das práticas e auditorias, “gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (OE, 2019, p.4745).

Refletindo a respeito da minha experiência profissional, considero que esta apresentou uma grande influência na pessoa que sou enquanto enfermeira, tendo-me motivado a integrar este percurso formativo com empenho e entusiasmo.

Através da mobilização do conhecimento prático obtido através da minha experiência profissional foi facilitada a integração dos novos conhecimentos, aprendizagens e competências ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem, assim como na realização das diferentes atividades nos contextos de estágio, potenciando o pensamento crítico a respeito das diferentes experiências vivenciadas.

Ou seja, entendendo que através da experiência, o conhecimento teórico funde-se com o conhecimento adquirido na prática obtendo-se um conhecimento clínico (Benner, 2005), considero que a minha experiência profissional veio oferecer "proficiência", por meio da fusão entre o conhecimento teórico e prático (Benner, 2005).

## 2.2. Percurso formativo

Ao longo da UC de “Estágio Final e Relatório” do Curso de Mestrado em Enfermagem foram então realizados três estágios divididos pelos seguintes contextos de prestação de cuidados: CSP, UN e SUP.

A todos os contextos de estágio foram estipulados dois objetivos gerais transversais:

- **Desenvolver competências de EEESIP nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde;**
- **Desenvolver competências de maior complexidade que promovam a segurança Infantil e Juvenil nos processos de saúde e doença.**

O primeiro objetivo geral foi delineado no sentido da aquisição de competências específicas de EEESIP nos diferentes contextos de prestação de cuidados, sendo que, tal como refere o Regulamento das Competências Específicas do EEESIP, este trabalha “em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre” (OE, 2018, p.19192).

Sendo competência do EE a promoção da “melhoria contínua da qualidade” (OE, 2019, p.4745) dos cuidados prestados, o segundo objetivo geral visou o desenvolvimento de competências gerais do EE, através da promoção da segurança da criança e jovem nos diferentes contextos, tendo sido a área de interesse por mim aprofundada ao longo deste percurso e sob o qual desenvolvi a *scoping review* (subcapítulo 1.4.).

Para cada estágio foi realizado um Projeto Individual de Aprendizagem utilizando a Metodologia de Projeto proposta por Ferrito et al. (2010) que serviu como guia orientador do percurso formativo. No início de cada estágio foi realizado um diagnóstico de situação que consistiu num passo primário imprescindível para a identificação de problemas e necessidades de intervenção. Neste âmbito, apresentei um olhar essencialmente atento para a identificação de oportunidades de intervenção visando a promoção da segurança da criança e jovem. Após realizado o diagnóstico situacional, foram então definidos os objetivos específicos para cada estágio, integrados nos objetivos gerais anteriormente descritos.

Para o alcance de cada objetivo específico, foram definidas atividades a realizar de forma detalhada que procuraram tanto suprimir as necessidades de intervenção identificadas em cada contexto de estágio, como as minhas necessidades formativas no sentido do desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências à luz do Regulamento das Competências Comuns do EE e do Regulamento das Competências Específicas do EEESIP.

### 2.2.1. Contexto de Cuidados de Saúde Primários

O primeiro estágio decorreu numa USF. Enquanto USF, cada utente possuía um médico e um enfermeiro de família que trabalhavam em prática colaborativa em diversos programas. Partindo dos meus objetivos para o percurso formativo acompanhei a enfermeira em consultas direcionadas a crianças, jovens e famílias, de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ).

A equipa da USF integrava dez médicos, dez enfermeiros (sendo um destes EEESIP) e sete secretários clínicos. Para a realização de consultas e tratamentos, o seu espaço integrava diversos gabinetes, uma sala de tratamentos e uma sala de Saúde Infantil e Juvenil (SIJ) e vacinação.

#### Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação iniciou-se por meio de entrevista informal junto da enfermeira orientadora, observação participante em consultas de SIJ e análise documental da USF. Por sua vez, a identificação dos problemas e necessidades de intervenção deu-se por completa através da realização de um *Focus Group* junto dos enfermeiros da USF. A decisão da aplicação deste método de investigação partiu da compreensão das suas vantagens, permitindo a obtenção de dados do grupo de forma rápida e sem custos associados (Soares et al., 2014).

Para a realização do *Focus Group* elaborei previamente um guião com perguntas semiestruturadas (ver APÊNDICE VII) enquanto a enfermeira orientadora se responsabilizou por proceder à sua divulgação. O *Focus Group* decorreu como previsto. Encontraram-se presentes seis enfermeiros. Durante a sua realização retirei notas para posterior análise de conteúdo.

Partindo da análise de conteúdo foi possível compreender que as dúvidas de segurança mais frequentemente relatadas por parte das famílias em consulta prendiam-se com preocupações relacionadas com: o risco de engasgamento na introdução alimentar, o posicionamento da criança para dormir e a utilização de dispositivos de transporte automóvel, sendo este último, o tema mais referido. Relativamente aos incidentes de segurança identificados como mais prevalentes, estes foram as quedas e as queimaduras.

Quando questionados sobre que atividades considerariam benéficas para implementação na USF, a resposta dos enfermeiros foi orientada no sentido contrário, ou

seja, foi-me questionada a minha opinião. Sugeri a criação de recursos materiais de suporte informativo no âmbito da segurança Infantil e Juvenil - tendo identificado previamente uma ausência dos mesmos na USF - nomeadamente a criação de panfletos e cartazes informativos direcionados às famílias sobre os temas referidos anteriormente como fonte de maiores dúvidas e a realização de um jogo direcionado às crianças para promover também o seu envolvimento e maior consciencialização sobre questões de segurança. A reação dos enfermeiros foi bastante positiva, tendo estes considerado as atividades pertinentes.

Foi ainda possível constatar que não existia documentação de suporte informativo para a equipa multidisciplinar a respeito da segurança Infantil e Juvenil, tendo identificado também como uma oportunidade a criação de um *dossier* de consulta para a equipa, com orientações, *guidelines* e artigos científicos atuais e pertinentes.

Foi ainda discutida a necessidade de atualização de protocolos existentes, nomeadamente da NP “Visita domiciliária de Enfermagem ao recém-nascido e família” que teria sido elaborada em 2010 e não tinha sido, até à data, alvo de revisão.

#### Objetivos específicos, atividades realizadas e competências desenvolvidas

Inserido no objetivo geral “Desenvolver competências de EEESIP nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde”, foi definido como primeiro objetivo específico:

- **Prestar cuidados de enfermagem, à criança e família, promotores da maximização da sua saúde e desenvolvimento infantil, no âmbito dos CSP.**

Sendo área de atuação particular do EEESIP “a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil” (OE, 2018, p.19192), este objetivo específico visou o desenvolvimento das minhas competências de EEESIP no âmbito da promoção da saúde e desenvolvimento infantil, através da realização de atividades relacionadas com a prestação de cuidados a crianças/jovens e famílias em consultas de SIJ.

Entendendo que a componente prática pressupõe necessariamente a integração de elementos teóricos para uma adequada intervenção (Freitas, 2015), numa fase inicial do estágio e sempre que necessário, consultei bibliografia de suporte. Recorri à consulta do PNSIJ, do Programa Nacional de Vacinação (PNV), do Manual de Procedimentos “Consulta de Saúde Infantil e Juvenil” da USF, a documentos fornecidos ao longo do 1.º e 2.º semestres do Curso de Mestrado e ainda a bibliografia científica variada, pertinente e atualizada.

Ao longo do estágio realizei consultas de SIJ de forma autônoma, sob supervisão da enfermeira orientadora. Desenvolvi competências de EEESIP no âmbito da promoção do “crescimento e desenvolvimento infantil” (OE, 2018, p.19194): através da avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens utilizando os instrumentos de avaliação previstos no PNSIJ; orientando as famílias sobre necessidades de adaptação de comportamentos ou intervenção acrescida quando identificados pequenos desvios ao padrão de crescimento e desenvolvimento esperado para a idade; assisti a “criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (OE, 2018, p.19192), realizando sistematicamente ensinamentos para a “adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (OE, 2018, p.19193), exemplificando de forma individualizada como poderiam adotar comportamentos mais saudáveis – nomeadamente a respeito da alimentação, exercício físico, hábitos de sono, higienização oral e segurança - promovendo “a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança” (OE, 2018, p.19193); e forneci “orientações antecipatórias às famílias” (OE, 2018, p.19194), realizando ensinamentos sobre o desenvolvimento Infantil e Juvenil e alertando antecipadamente sobre os comportamentos de risco para a saúde e segurança existentes associados a cada idade e fase de desenvolvimento.

Ao longo do estágio desenvolvi ainda competências de EEESIP no âmbito da deteção e intervenção precoce das “doenças comuns e nas situações de risco” (OE, 2018, p.19193), intervindo nas “doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas” (OE, 2018, p.19193): realizei ensinamentos aos pais/família sobre cuidados a prestar no domicílio em situação de doença aguda, vigilância de sinais de alerta e atuação e, sempre que se mostrou necessário, colaborei no encaminhando para “cuidados de outros profissionais” (OE, 2018, p.19193) gerindo recursos existentes.

Desenvolvi competências de EEESIP relativas ao critério de avaliação “diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem” (OE, 2018, p.19193) e “reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde” (OE, 2019, p.4748). Nomeadamente, através da observação do comportamento de uma criança em consulta que me despertou de imediato a atenção parti à aplicação da escala *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), tendo a mesma apresentado alterações em itens críticos e sido de referenciada para consulta de desenvolvimento.

Não se identificou ao longo do estágio a necessidade de referenciação de nenhuma criança ou jovem no sentido da assistência “em situações de abuso, negligência e maus-tratos” (OE, 2018, p.19193). Por sua vez, este foi um tópico que me despertou atenção pela

compreensão da necessidade de saber intervir adequadamente. Desta forma, por minha iniciativa, no sentido de compreender de forma mais alargada a articulação da USF com outros contextos de intervenção na comunidade, agendei uma reunião com a enfermeira responsável da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) que se articulava com a USF.

A reunião supracitada proporcionou-me uma reflexão aprofundada sobre a minha experiência e dificuldades sentidas no processo de referenciação de crianças e jovens em risco tendo desta forma realizado uma Reflexão Crítica (ver APÊNDICE VIII). Em resultado da mesma reunião foi-me possível ainda demonstrar competências de EE, divulgando “experiências avaliadas como sendo de sucesso” (OE, 2019, p.4747) junto da equipa, ou seja, foi-me possível identificar aspetos a melhorar na colaboração entre a USF e UCC tendo procedido à divulgação desses aspetos junto dos enfermeiros da USF, nomeadamente a respeito do preenchimento da “Avaliação do risco familiar” no sistema informático.

Ao longo das consultas de SIJ realizei ainda a administração das vacinas a crianças de acordo com o PNV, fornecendo informações e esclarecimentos necessários às famílias. Neste âmbito, foi-me possível desenvolver competências de EEESIP na prestação de Cuidados Não Traumáticos, através da aplicação de “conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (OE, 2018, p.19193) recorrendo a diferentes técnicas como a amamentação, a distração, a presença de pessoa significativa e a brincadeira, atuando na gestão “diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2018, p.19193).

Compreendendo que “promover o desenvolvimento infantil é ajudar a criança, em parceria com a família, na sua circunstância de vida e no seu tempo, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade” (OE, 2010, p.71), ao longo do estágio adaptei a minha intervenção e ensinamentos à realidade de vida e necessidades individuais de cada criança e família. Procurei compreender os seus hábitos e dificuldades em alguma área específica que requeresse maior intervenção, procurando obter informação sobre “a estrutura e o contexto do sistema familiar” (OE, 2018, p.19193), desenvolvendo competências de EEESIP negociando “a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar” (OE, 2018, p.19193).

Compreendendo que ser “pai e mãe é um dos maiores desafios que os seres humanos enfrentam” (OE, 2015, p.11), sendo responsabilidade dos enfermeiros ser facilitadores e mediadores desse papel no sentido de proporcionar aos pais conhecimentos e estratégias que promovam o adequado desenvolvimento das crianças (Raposo, 2022), ao longo do estágio

promovi de forma contínua o exercício da parentalidade, realizando ensinamentos, fornecendo apoio e incentivando o envolvimento parental, responsabilizando os pais para as necessidades das crianças e jovens.

Através da minha intervenção demonstrei competências de EEESIP no âmbito da comunicação “com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2018, p.19194). Mantive sempre uma comunicação adequada, promovendo uma relação de confiança e mostrando disponibilidade para esclarecimento de dúvidas.

Foi-me possível avaliar “o desenvolvimento da parentalidade” (OE, 2018, p.19194) e desenvolver competências de EEESIP na promoção da “vinculação (...), particularmente no caso do recém-nascido (RN)” (OE, 2018, p.19194), partilhando junto dos pais as competências do RN na interação, capacitando-os para a amamentação, valorizando o seu envolvimento e competências, negociando “o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN” (OE, 2018, p.19194), prestando informações antecipatórias e esclarecendo dúvidas.

Neste âmbito, em colaboração com a enfermeira orientadora, realizei quatro “primeiras” consultas de Enfermagem ao RN e família. Através desta atividade foi-me possível compreender a importância da realização desta consulta nos primeiros dias após alta do RN da maternidade, assim como da intervenção especializada de Enfermagem no sentido de verificar a saúde do binómio mãe-RN, prevenido intercorrências e favorecendo a sua adaptação à nova situação familiar (Vilela & Pereira, 2018). Compreendendo a pertinência de todos os conteúdos abordados em consulta e tendo sido identificada a necessidade de revisão da NP “Visita domiciliária de Enfermagem ao recém-nascido e família” da USF através do diagnóstico situacional, procedi à revisão da mesma NP (ver APÊNDICE XIX).

No decorrer das consultas realizadas, desenvolvi ainda competências de EEESIP no âmbito da promoção da “autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (OE, 2018, p.19194), reforçando a “tomada de decisão responsável” (OE, 2018, p.19194) e negociando um “contrato de saúde com o adolescente” (OE, 2018, p.19194) para adaptação de comportamentos mais saudáveis.

Integrado no objetivo geral “Desenvolver competências de maior complexidade que promovam a segurança Infantil e Juvenil nos processos de saúde e doença”, foi definido como segundo objetivo específico do estágio de CSP:

- **Implementar intervenções que visem o aumento da qualidade dos cuidados prestados à criança e família, no âmbito da segurança Infantil e Juvenil, em contexto de CSP.**

Este objetivo específico visou a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na USF através da realização de atividades promotoras da segurança Infantil e Juvenil. As atividades definidas para este objetivo partiram do diagnóstico situacional, tendo-me sido possível mobilizar competências de EE na identificação de “oportunidades de melhoria”, estabelecimento de “prioridades” e seleção de “estratégias de melhoria” (OE, 2019, p.4747).

Para a execução das atividades foi igualmente essencial a realização de pesquisa bibliográfica diversa e atualizada, tendo recorrido nomeadamente a orientações da APSI.

Compreendendo que os acidentes infantis constituem acontecimentos evitáveis, com possibilidade de danos físicos e emocionais, sendo responsáveis por elevada morbimortalidade e mortalidade a nível mundial (Reis et al., 2021); face à existência de dúvidas frequentes de segurança por parte dos pais/familiares das crianças na USF; e face à ausência de recursos materiais de suporte informativo disponíveis para consolidar ensinamentos, foram realizadas atividades no sentido de criar recursos materiais de suporte informativo.

Direcionado aos pais/familiares/acompanhantes, realizei quatro panfletos sobre a promoção da segurança e prevenção de acidentes para diferentes idades (primeiro ano de vida, idade pré-escolar, idade escolar e adolescentes) para a fornecer em consulta de SIJ (ver APÊNDICE X). Estes panfletos foram formulados no sentido de fornecer informações claras e práticas aos familiares para atuação em diferentes domínios da segurança, de acordo com os diferentes riscos associados às diferentes idades e fases de desenvolvimento, englobando as questões de segurança suscetíveis de dúvida mais referidas no *Focus Group*.

Tendo sido identificado através do *Focus Group* a existência de um maior número de dúvidas por parte dos familiares a respeito do transporte de crianças em automóveis, desenvolvi um cartaz informativo denominado “Segurança Infantil no automóvel” (ver APÊNDICE XI) para afixação na sala de espera, fornecendo informações sobre a adequada utilização das “cadeirinhas” de transporte e sobre como transportar a criança em segurança de acordo com o seu peso e idade.

Sabendo que as crianças apresentam uma menor perceção do risco, comprometendo a sua segurança (Reis et al., 2021), entendi ser importante promover também o seu envolvimento e maior sensibilização para a adoção de medidas preventivas na ocorrência de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer. Desta forma, criei um jogo “Quantos-queres:

Segurança Infantil” para fornecimento em consulta de SIJ destinado a crianças em idade escolar, apresentando estas - por norma a partir desta idade - competências de leitura (ver APÊNDICE XII). A realização desta atividade surgiu do entendimento de que os jogos podem ser utilizados para promover uma aprendizagem significativa às crianças, sendo que, tal como refere Cotonhoto et al. (2019), os jogos e brincadeiras possibilitam a construção de conhecimento de uma forma prazerosa, oferecendo condições de vivenciar situações-problemas e, conseqüentemente, assimilar novos conceitos.

Todas as atividades implementadas na USF direcionadas às crianças e famílias apresentaram como intuito facilitar “a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família” (OE, 2018, p.19193). Neste âmbito, foi-me possível demonstrar ainda competências de EE, assegurando “o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação” (OE, 2019, p.4746) e otimizando “o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades” (OE, 2019, p.4748).

Compreendendo a importância da prática baseada na evidência científica para a qualidade dos cuidados (Danski et al., 2017), direcionado aos profissionais da USF elaborei um *dossier* de consulta sobre a segurança Infantil em Juvenil com orientações, *guidelines* e artigos científicos pertinentes e atualizados (ver APÊNDICE XIII). Esta atividade permitiu-me demonstrar competências de EE partilhando “resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem” (OE, 2019, p.4749).

Durante a realização do cartaz informativo direcionado às famílias identifiquei também dúvidas por parte da equipa multidisciplinar, associadas à existência de variadas cadeiras homologadas e atualizações frequentes das normas orientadoras sobre a segurança infantil no transporte rodoviário. Perante este facto, acabei por realizar uma atividade suplementar, desenvolvendo um documento denominado “orientações de segurança no transporte rodoviário” com informações complementares que considerei pertinentes para os profissionais (ver APÊNDICE XIV). Este documento foi incluído no *dossier* fornecido à equipa multidisciplinar. Através desta atividade complementar desenvolvi competências de EE no âmbito da identificação de “lacunas do conhecimento” por parte da equipa e favoreci a “aprendizagem (...) e competências dos enfermeiros” (OE, 2019, p.4749) e restante equipa, atuando como dinamizadora “da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos” (OE, 2019, p.4749).

Após realizadas todas as atividades previstas para este objetivo específico e tendo as mesmas sido revistas pela enfermeira orientadora, foi realizada uma reunião com a equipa

multidisciplinar no sentido da sua aprovação. O *feedback* foi muito positivo, tendo todas as atividades sido consideradas adequadas, pertinentes e bem elaboradas e assim, aprovadas para implementação na USF.

Como referido no objetivo específico anterior, ao logo das consultas de SIJ realizei de forma sistemática ensinamentos de promoção de saúde às crianças/jovens e famílias à luz do PNSIJ. Por sua vez, sendo a promoção da segurança da criança e jovem a área temática por mim aprofundada ao longo do mestrado e especialidade, apresentei uma maior intervenção neste âmbito (fornecendo sistematicamente informações sobre a prevenção de acidentes e promovendo cuidados antecipatórios). Esta minha atuação sistemática nas consultas, foi partilhada pelos enfermeiros como tendo sido benéfica para a equipa, melhorando a qualidade da informação fornecida aos familiares a respeito da promoção da segurança e prevenção de acidentes, melhorando a qualidade dos cuidados prestados e, despertado também na equipa, a procura de uma abordagem mais completa neste âmbito, tendo apresentado de uma forma gradual um papel informal enquanto consultora no âmbito da promoção da segurança e prevenção de acidentes Infantis e Juvenis na USF, demonstrando “um nível de competência correspondente à área de especialidade” (OE, 2019, p.4746).

Através da realização das atividades estabelecidas para este objetivo, foi possível desenvolver competências de EE nos diferentes Domínios do Regulamento das Competências Comuns do EE, essencialmente no âmbito da “melhoria contínua da qualidade” (OE, 2019, p.4745).

#### Avaliação global do estágio e implicações para a prática futura

O estágio no âmbito dos CSP permitiu-me a mobilização e aquisição de variados conhecimentos e competências, fundamentalmente no âmbito da promoção da saúde, avaliação e promoção do desenvolvimento Infantil e Juvenil e promoção da parentalidade. Os conhecimentos e competências desenvolvidas foram transferidas tanto para os contextos de estágio seguintes, como para a minha prática profissional. Consolidando conhecimentos a respeito do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil, foi-me possível apresentar um olhar mais atento na identificação de fatores de risco e desvios ao padrão habitual de desenvolvimento, aproveitando oportunidades em contexto hospitalar para prestar ensinamentos junto das famílias e refletir junto das equipas sobre encaminhamentos necessários. Acredito que através das atividades realizadas contribuí ainda para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na USF, promovendo a segurança das crianças e jovens.

### 2.2.2. Contexto de Cuidados Neonatais

A UN onde realizei o segundo estágio prestava cuidados globais a RN de termo e pré-termo e o principal motivo de internamento dos RN relaciona-se com a imaturidade dos sistemas corporais associados à prematuridade, carecendo estes de vigilância permanente e cuidados de suporte para manutenção das suas funções vitais e sobrevivência.

A UN integrava no seu espaço uma sala de Cuidados Intensivos Neonatais e uma sala de Cuidados Intermédios Neonatais. Os pais podiam acompanhar os RN de forma contínua. A equipa de enfermagem era composta por 37 enfermeiros (dos quais seis eram EEESIP), contando com o apoio permanente de médicos de diversas especialidades.

#### Diagnóstico de situação

Neste contexto de estágio o diagnóstico situacional resultou da elaboração de uma análise *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats* (SWOT) (ver APÊNDICE XV). Para a sua realização, foi colhida informação por meio de entrevista informal junto da enfermeira orientadora e outros enfermeiros da UN, observação participante durante a prestação de cuidados e análise da documentação disponível na Unidade.

Partindo da elaboração da análise SWOT, foi possível identificar como principais problemas no contexto de estágio: reduzida motivação e entreajuda entre colegas, com consequente redução do seu envolvimento no contexto de trabalho; reduzido tempo de permanência dos pais dos RN na Unidade, comprometendo o processo de vinculação e a aquisição de competências parentais; e questionário de satisfação de internamento disponível na Unidade para fornecimento aos pais desatualizado.

Foram identificadas como oportunidades de intervenção no contexto de estágio: a realização de uma auditoria a respeito do registo da Dupla Verificação da Medicação, dando visibilidade à intervenção dos enfermeiros neste âmbito; a realização de uma sessão de formação no sentido de partilhar os resultados da auditoria junto da equipa, incentivando o seu envolvimento para melhorar práticas de segurança, visando a melhoria da qualidade dos cuidados; e a atualização do questionário de satisfação do internamento para fornecimento aos pais, para que através da sua perspetiva fosse possível a identificação de aspetos a melhorar na UN, incluindo questões de segurança que se encontravam em falta, podendo este servir como instrumento para projetos de investigação futuros, tendo esse interesse sido demonstrado pelos enfermeiros do grupo de trabalho da segurança do doente.

## Objetivos específicos, atividades realizadas e competências desenvolvidas

Integrado no objetivo geral “Desenvolver competências de EEESIP nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde”, foi definido como primeiro objetivo específico para o estágio na UN:

- **Prestar cuidados de enfermagem ao RN, em parceria com a família, em contexto de internamento neonatal.**

Apresentando o RN hospitalizado, fragilidades e vulnerabilidades que evidenciam a necessidade de um cuidado especializado (Costa et al., 2022) e devendo o EEESIP ser capaz de dar resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento das crianças, cuidando destas e das famílias nas situações de maior complexidade (OE, 2018) é esperado do EEESIP a detenção de competências no cuidado ao RN e família neste contexto específico de cuidado, tendo surgido a definição deste objetivo específico para o desenvolvimento das minhas competências.

Para o alcance deste objetivo específico foram definidas atividades relacionadas com: a prestação de cuidados globais e de suporte para manutenção das funções vitais e sobrevivência dos RN; a promoção de cuidados neuroprotetores procurando a maximização do crescimento e desenvolvimento dos RN; a parceria de cuidados com as famílias, promovendo a vinculação dos pais com o seu RN e a assunção dos seus papéis parentais.

Sendo o internamento de Neonatologia um contexto muito específico de cuidado senti necessidade aprofundar os meus conhecimentos nesta área. Para tal, numa fase inicial, e sempre que necessário, recorri à revisão de conteúdos teóricos do 1.º e 2.º semestres do Curso de Mestrado, a protocolos e documentos orientadores disponíveis no contexto de estágio e a “evidência científica para fundamentar a tomada de decisão” (OE, 2018, p.19193).

De forma autónoma, sob supervisão da enfermeira orientadora, prestei cuidados globais a variados RN internados - promovi a alimentação, prestei cuidados à pele através do banho, aplicação de creme e posicionamento adequado, preparei e administrei medicação, geri aportes de oxigenioterapia, entre outros - planeando sempre os cuidados de forma personalizada e respeitando as necessidades individuais e de desenvolvimento de cada NR, cumprindo as medidas de segurança implementadas na UN, garantindo “um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, p.4745).

Demonstrei competências de EEESIP no reconhecimento de “situações de instabilidade das funções vitais” (OE, 2018, p.19193), atuando adequadamente e com prontidão para a garantia da manutenção das funções vitais e sobrevivência dos RN, procurando auxílio sempre que necessário, demonstrando da mesma forma “conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória” (OE, 2018, p.19193).

Compreendendo que nas UN, a realização de procedimentos invasivos, a utilização frequente de equipamentos, manipulação, luz e ruído são causadores de stress - podendo comprometer o desenvolvimento adequado dos RN, essencialmente dos RN de pré-termo - sendo essencial a promoção de um ambiente estável (Lima et al., 2021), ao longo do estágio adotei medidas preventivas neste âmbito: procurando a manipulação mínima dos RN, protegendo o sono e adotando estratégias de controlo ambiental junto com a equipa – através da redução da luminosidade e ruído das salas, cobertura e controlo da temperatura das incubadoras, ajuste e redução do volume dos alarmes - demonstrando competências de EEESIP na promoção do “crescimento e o desenvolvimento infantil” (OE, 2018, p.19194) e da “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança” (OE, 2018, p.19193).

Ao longo do estágio demonstrei ainda “conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (OE, 2018, p.19193) e promoção do conforto, oferecendo a sucção não nutritiva, sacarose, contenção, promoção da amamentação e colo.

Compreendendo a importância da vinculação para o desenvolvimento emocional saudável do RN e família e que em resultado do internamento do RN ocorre uma disrupção no processo de vinculação - quer pela situação de saúde-doença, quer pela barreira física no contacto, quer pelo impedimento da execução do papel parental como idealizado (Querido et al., 2022) - procurei ao longo do estágio “promover a vinculação de forma sistemática” (OE, 2018, p.19194). Sempre que possível promovi o colo, o método canguru e a amamentação, demonstrando conhecimentos sobre “estratégias para promover o contacto físico pais/RN” (OE, 2018, p.19194) e informei os pais a respeito das competências do RN estimulando a sua interação com o mesmo, demonstrando “conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo” (OE, 2018, p.19194).

Desenvolvi competências de EEESIP procurando “sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família” (OE, 2018, p.19193), incentivando e negociando o “envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN” (OE, 2018, p.19194).

Preparei para a alta desde o primeiro contacto entre pais-RN especialmente na Sala de Cuidados Intermédios: proporcionei o “conhecimento e aprendizagem de habilidades (...) facilitando o desenvolvimento de competências” (OE, 2018, p.19193), através da realização de ensinamentos de forma personalizada e proporcionando aos pais momentos para a prestação de cuidados ao RN - nomeadamente na mudança da fralda, posicionamento, cuidados à pele e alimentação - sob supervisão, atendendo às suas necessidades individuais e do RN; utilizando “estratégias motivadoras (...) para a assunção dos seus papéis” (OE, 2018, p.19193); “comunicando (...) de forma apropriada” (OE, 2018, p.19194) e interagindo com “respeito pelas suas crenças e pela sua cultura” (OE, 2018, p.19194), promovendo uma relação de confiança, demonstrando proximidade e disponibilidade para esclarecimento de dúvidas.

Compreendendo a importância do envolvimento parental para o processo de vinculação e desenvolvimento da autonomia nos cuidados a prestar ao RN (Rodrigues et al., 2023), o curto tempo de permanência de muitos pais junto dos seus RN na UN foi um aspeto que me surpreendeu neste estágio. Neste âmbito, realizei uma Reflexão Crítica sobre uma experiência de cuidados (ver APÊNDICE XVI).

Ao longo do estágio fui partilhando sempre pensamentos e reflexões junto da enfermeira orientadora sobre as práticas e experiências de cuidado atendendo à maximização da saúde, crescimento e desenvolvimento adequado dos RN, demonstrando conhecimentos e pensamento crítico. Este exercício foi igualmente revelante, sendo que segundo Benner (2005), ao analisar experiências vivenciadas, o enfermeiro aprende a tomar consciência das suas ações, permitindo-lhe estruturar e priorizar as suas intervenções de forma adequada.

De uma forma geral, através da realização das atividades propostas para este objetivo, desenvolvi essencialmente competências de EEESIP no âmbito do cuidado “à criança (...) e família nas situações de especial complexidade” (OE, 2018, p.19193) e no âmbito da prestação de “cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança” (OE, 2018, p.19194).

Integrado no objetivo geral “Desenvolver competências de maior complexidade que promovam a segurança Infantil e Juvenil nos processos de saúde e doença”, foi definido como segundo objetivo específico:

- **Implementar estratégias de avaliação de práticas e atualização de procedimentos, que visem o aumento da qualidade dos cuidados prestados, no âmbito da segurança do paciente, em contexto de internamento neonatal.**

Sendo competência do EE, garantir “um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, p.4745), “visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p.4747), este objetivo específico visou a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na UN, assim como o desenvolvimento das minhas competências de EE, através da realização de atividades promotoras do aumento da cultura de segurança.

As atividades definidas para este objetivo partiram do diagnóstico situacional, tendo-me sido possível mobilizar competências de EE na identificação de “oportunidades de melhoria” e estabelecimento de “prioridades” (OE, 2019, p.4747). Para a execução das atividades foi necessária a realização de pesquisa bibliográfica diversa e atualizada, utilizando “evidência científica e normas necessárias” (OE, 2019, p.4747).

Apresentando os RN internados em UN um risco aumentado para a ocorrência de incidentes de segurança essencialmente relacionado com a administração de medicamentos (Saraiva et al., 2022); sendo preconizada na UN a prática da Dupla Verificação da Medicação, apresentando-se como uma estratégia de elevado custo-benefício para a redução de erros na preparação e administração de medicamentos (Sales et al., 2018); e compreendendo que a avaliação das práticas de cuidado - através da realização de auditorias - é considerada uma ação essencial nos serviços de saúde permitindo identificar a necessidade de correções com vista à melhoria contínua e fortalecimento da cultura de segurança (Farias & Silva, 2020) sendo nomeadamente preconizada a sua realização anual pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (DGS, 2021), a primeira atividade realizada foi uma auditoria ao registo da Dupla Verificação da Medicação por parte dos enfermeiros da UN à luz da NOC “Dupla Verificação da Medicação” elaborada em 2020 (ver APÊNDICE XVII).

Através da realização da auditoria foi-me possível desenvolver competências de EE no âmbito da avaliação da “qualidade das práticas clínicas” (OE, 2019, p.4747), utilizando “indicadores e instrumentos adequados para avaliação” (OE, 2019, p.4747) e analisando a “informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas” (OE, 2019, p.4746).

Os resultados da auditoria vieram demonstrar índices muito baixos de adesão ao registo da Dupla Verificação da Medicação pelos enfermeiros (9,2%) de acordo com o preconizado na NOC “Dupla Verificação da Medicação”. Compreendendo que baixos níveis de motivação se encontram relacionados com baixa produtividade e redução do desempenho (Martins et al., 2020), os resultados da auditoria vieram reforçar a existência de um problema de motivação e envolvimento dos profissionais no local de trabalho.

No sentido da divulgação dos resultados da auditoria junto da equipa de Enfermagem e procura de uma maior motivação para a sua adesão na realização da Dupla Verificação da Medicação, relembrando a sua importância enquanto estratégia promotora da segurança do paciente (Sales et al., 2018), a segunda atividade realizada foi uma sessão de formação junto da equipa de enfermagem.

Para realização da sessão de formação elaborei um Plano de Sessão Formativo (ver APÊNDICE XVIII). A sessão de formação decorreu como prevista. Encontraram-se presentes 24 enfermeiros. No seu término, foi desencadeada uma benéfica discussão que suscitou uma reflexão conjunta sobre dificuldades sentidas na realização da Dupla Verificação da Medicação e foi discutida a necessidade de adaptação de comportamentos para aumentar a segurança das práticas.

A realização da sessão de formação permitiu-me desenvolver competências de EE através da gestão de “programas e dispositivos formativos” (OE, 2019, p.4749). Enquanto formadora permitiu-me adotar um “estilo de liderança, (...) adequando-o ao clima organizacional, favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos” (OE, 2019, p.4749). Foi-me ainda possível, desenvolver competências de EE ao cooperar na “organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano” (OE, 2019, p.4748), através da promoção da “aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares” (OE, 2019, p.4748) contribuindo para “a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros” (OE, 2019, p.4749).

Através da solicitação do preenchimento do questionário de satisfação da sessão formativa (resultados do questionário inseridos no Apêndice do Plano de Sessão Formativo), foi-me possível avaliar ainda “o impacto da formação” (OE, 2019, p.4749).

Compreendendo que a avaliação da satisfação do paciente e familiares se apresenta como um indicador de qualidade para medir o desempenho da prestação dos serviços (Arruda et al., 2017) assumindo-se enquanto importante estratégia para melhorar a qualidade dos cuidados (OMS, 2021), a última atividade realizada para este objetivo foi a atualização do questionário de satisfação do internamento para fornecimento aos pais (ver APÊNDICE XIX), essencialmente relevante neste contexto tendo-se percebido um reduzido tempo de permanência dos pais na UN.

A atualização do questionário visou essencialmente a inclusão de questões relacionadas à segurança do paciente que se encontravam em falta. Tendo os resultados da

*scoping review* (subcapítulo 1.4.) vindo reforçar que os familiares das crianças hospitalizadas apresentam uma visão distinta sobre a segurança da criança hospitalizada, sendo relevante compreender a sua percepção neste âmbito para a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados, esta atividade demonstrou elevada relevância.

Tendo ainda sido identificada na *scoping review* a necessidade do desenvolvimento de estudos de investigação noutros países (além dos EUA e Brasil) a respeito da percepção da família sobre a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada e tendo sido esse interesse demonstrado por parte dos enfermeiros integrantes do grupo de trabalho da segurança do paciente, a atualização do questionário de satisfação visou, em complementaridade, poder servir futuramente de ferramenta para o desenvolvimento de estudos de investigação neste âmbito. A atualização do questionário de satisfação para este fim permitiu-me demonstrar competências de EE no âmbito da identificação de “oportunidades relevantes de investigação” (OE, 2019, p.4749).

As atividades realizadas para o alcance deste objetivo permitiram-se mobilizar “conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade” (OE, 2019, p.4747), desenvolvendo competências de EE dos diferentes Domínios do Regulamento das Competências Comuns do EE, essencialmente nos domínios da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados (OE, 2019).

#### Avaliação global do estágio e implicações para a prática futura

Considero que a minha experiência profissional e as aprendizagens adquiridas no estágio anterior vieram facilitar a prestação de cuidados neste contexto. Por sua vez, sendo um contexto de cuidados muito específico, exigiu também um grande investimento na revisão de conceitos e desenvolvimento das minhas competências. Através das atividades realizadas, desenvolvi competências essencialmente no âmbito da identificação de focos de instabilidade das funções vitais no RN e rápida atuação, identificação de prioridades de intervenção, promoção do crescimento e desenvolvimento dos RN, assim como da promoção da vinculação e da parentalidade. Foram inúmeras as aprendizagens que transporte para o contexto de estágio seguinte e para a minha prática profissional, nomeadamente no âmbito da promoção do conforto e controlo da dor do RN recorrendo a estratégias apreendidas. Acredito que com a minha intervenção veio promover o aumento da qualidade das práticas, tendo permitido a reflexão conjunta da equipa para a importância do cumprimento das estratégias promotoras da segurança no âmbito da administração de medicamentos.

### 2.2.3. Cotexto de Urgência Pediátrica

O meu último estágio ocorreu num SUP. Este pretendia, através do processo triagem de Manchester, fornecer um atendimento eficiente na prestação de cuidados de saúde a crianças/jovens e famílias. Verificaram-se ser variadas as patologias das crianças e jovens que recorreram SUP, embora tendo sido verificada uma maior frequência de crianças com patologias respiratórias e em contexto pós-acidente (intoxicações, quedas, entre outras).

Em resultado da pandemia, o SUP apresentava dois circuitos de doentes: o “dos doentes respiratórios” e o percurso “limpo”. O seu espaço físico integrava uma sala de triagem, gabinetes médicos, salas de tratamentos, sala de pequenas cirurgias, sala de reanimação e uma sala de Observação (SO). A equipa de enfermagem apresentava na sua totalidade 31 elementos (sendo destes dez EEESIP).

#### Diagnóstico de situação

A formulação do diagnóstico de situação no último estágio decorreu também da realização de uma análise SWOT (ver APÊNDICE XX). Para a sua elaboração, foi obtida informação por meio de uma entrevista informal junto da enfermeira orientadora e da enfermeira chefe, observação da intervenção dos enfermeiros nos diferentes postos de atendimento de enfermagem e análise da documentação disponível no SUP.

Partindo da análise SWOT, foi possível identificar como problemas: a existência de crianças colocadas em camas de dimensões desadequadas ao seu tamanho no SO, aumentando o risco de queda; o não fornecimento do folheto informativo sobre a prevenção de quedas aos familiares, sendo o existente considerado muito extenso pela equipa; a não realização da Dupla Verificação da Medicação (exceto na administração de hemoderivados); e a não avaliação do risco de queda e do risco de úlceras por pressão (UP), não se encontrando as escalas de avaliação do risco existentes no SUP, adaptadas à pediatria.

Foram identificadas como oportunidades: a atualização do folheto informativo sobre a prevenção de quedas, promovendo a sua efetiva utilização enquanto recurso para promover a segurança envolvendo as famílias; a implementação da Dupla Verificação da Medicação na administração de medicamentos sedativos e analgésicos em procedimentos cirúrgicos; a elaboração de uma NOC sobre práticas seguras que incluísse a avaliação do risco de quedas e risco de UP em SO; a realização de sessões de formação, fomentando a utilização das estratégias promotoras da segurança para a melhoria da qualidade dos cuidados.

## Objetivos específicos e atividades desenvolvidas para aquisição de competências

Integrado no objetivo geral “Desenvolver competências de EEESIP nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde”, para o estágio do SUP foi definido como primeiro objetivo específico:

- **Prestar cuidados de enfermagem à criança/jovem, em parceria com a família, em contexto de urgência/emergência.**

A definição deste objetivo visou o desenvolvimento das minhas competências neste contexto, sendo do escopo de ação do EEESIP “a resposta na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades” (OE, 2018, p.19192).

Para o alcance deste objetivo foram definidas atividades no âmbito da prestação de cuidados à criança, jovem e família nos diferentes postos de atendimento de Enfermagem do SUP: sala de triagem, salas de tratamentos, SO e sala de pequenas cirurgias.

O longo do estágio recorri essencialmente a consulta de documentos disponíveis no SUP e a evidência científica atualizada para adequar a minha intervenção.

Na sala de triagem, junto da enfermeira orientadora participei na avaliação inicial das crianças e jovens admitidas e acompanhei a realização da triagem utilizando os descritores de Manchester, avaliando de forma rápida o grau de urgência e conduzindo as crianças para a zona mais adequada de acordo a sua situação clínica. A intervenção do enfermeiro na sala de triagem apresenta um papel primordial, priorizando o tempo de atendimento dos utentes, sendo essencial uma avaliação adequada de cada situação, pensamento crítico e competências de rápida tomada de decisão (Costa et al., 2022). Neste posto, foi-me assim possível desenvolver o raciocínio crítico a respeito do estabelecimento de prioridades no atendimento e desenvolver competências de EEESIP na “rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória” (OE, 2018, p.19193) e encaminhando de “crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais” (OE, 2018, p.19193).

Nas salas de tratamentos colaborei em diferentes procedimentos de Enfermagem, nomeadamente colheitas de sangue e de secreções, punção venosa e administração de terapêutica oral, endovenosa e por via inalatória, demonstrando “conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem” (OE, 2018, p.19193). Foi-me possível reforçar competências de EEESIP promovendo o “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” (OE, 2018, p.19193), prestado ensinamentos ainda sobre a prestação de cuidados no domicílio de forma personalizada, adaptando às necessidades individuais de cada criança e família.

No SO, enquanto internamento de curta duração de crianças e jovens que necessitassem de maior observação, monitorização e tratamentos, prestei cuidados de enfermagem globais às crianças e jovens internadas de acordo com as suas necessidades individuais e em parceria com as famílias, realizei procedimentos e administrei medicação, adaptei o plano de cuidados vigiando respostas e priorizando intervenções, revelando conhecimentos e competências de EE “na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes” (OE, 2019, p.4750).

Na sala de pequenas cirurgias, estive presente durante a realização de pequenos procedimentos cirúrgicos, acompanhando crianças e famílias desde a fase pré à pós cirurgia. Compreendendo que a hospitalização e a cirurgia são geradoras de ansiedade nas crianças e família, exacerbadores de medos e de ideias pré-concebidas (OE, 2011) e, sendo essencial em enfermagem atender às necessidades emocionais assumindo o verdadeiro sentido do cuidar (Diogo, 2017); tanto na sala de pequenas cirurgias, como nos restantes postos de atendimento, preparei as crianças e famílias informando-as sobre os procedimentos seguintes, desmistificando medos, incentivando a expressão de sentimentos e a presença da família compreendendo o seu benéfico impacto no estado emocional das crianças (OE, 2015). Promovi Cuidados Não Traumáticos recorrendo a diferentes estratégias, como a distração e a brincadeira, adequando a minha intervenção à idade e fase de desenvolvimento das crianças e jovens, demonstrando “habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem” (OE, 2018, p.19194) e demonstrando competências de EEESIP na gestão “diferenciada da dor e do bem-estar da criança” (OE, 2018, p.19193), promovendo o conforto e alívio da dor, tanto através da “gestão de medidas farmacológicas de combate à dor” (OE, 2018, p.19193), como de “terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (OE, 2018, p.19193).

Compreendendo que muitas vezes os familiares apresentam-se “confusos e inseguros em relação ao que é esperado deles e/ou o que podem ou não fazer durante a sua permanência no hospital” (OE, 2015, p.25), reforcei o seu papel, explicando como poderiam envolver-se nos cuidados, desenvolvendo competências de EEESIP negociando “a participação da

criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar” (OE, 2018, p.19193).

Adotei as medidas de proteção e promoção da segurança da criança/jovem implementadas no SUP, garantindo “um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, p.4745) e utilizando “os recursos de forma eficiente para promover a qualidade” (OE, 2019, p.4748).

Sendo o SUP, um serviço de grande complexidade, tanto pelas diversas funções que os enfermeiros desempenham, como pelas situações inesperadas e de caráter urgente que surgem, associadas a uma grande preocupação por parte das famílias das crianças e jovens que aqui recorrem, foi ainda possível ao longo do estágio, reconhecer e antecipar “situações de eventual conflitualidade” (OE, 2019, p.4749) e desenvolver competências de EE, utilizando “adequadamente técnicas de resolução de conflitos” (OE, 2019, p.4749), gerindo “sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente” (OE, 2019, p.4749), demonstrando competências atuando “eficazmente sob pressão” (OE, 2019, p.4749). No âmbito da prestação de cuidados em SO realizei ainda uma Reflexão Crítica a respeito de uma experiência vivenciada de especial complexidade e da importância do desenvolvimento de competências de gestão emocional na profissão de Enfermagem (ver APÊNDICE XXI).

Através da observação do estilo de liderança da enfermeira orientadora na gestão de recursos humanos, tomada de decisão em equipa, delegação e supervisão de tarefas enquanto chefe de equipa no SUP, foi-me possível desenvolver competências de EE no domínio da gestão de cuidados do Regulamento de Competências Gerais do EE: “otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” (OE, 2019, p.4748) e “adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos” (OE, 2019, p.4748).

Ao longo deste estágio, como nos anteriores, foi sempre realizada uma reflexão contínua a respeito das experiências vivenciadas e gestão de cuidados junto da enfermeira orientadora, demonstrando competências na “tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência” (OE, 2019, p.4746) e suportando a minha prática “segundo princípios, valores e normas deontológicas” (OE, 2019, p.4746).

Inserido no objetivo geral “Desenvolver competências de maior complexidade que promovam a segurança Infantil e Juvenil nos processos de saúde e doença”, foi definido como segundo objetivo específico para o estágio no SUP:

- **Implementar estratégias que promovam o aumento da qualidade dos cuidados prestados à criança/jovem e família, no âmbito da segurança do paciente, em contexto de urgência/emergência.**

Compreendendo que os Serviços de Urgência apresentam fatores de risco acrescidos para a ocorrência de incidentes de segurança pela sua complexidade (Azevedo et al., 2020) e sendo competência do EE garantir “um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, p.4747), defini este objetivo específico visando o aumento da qualidade dos cuidados prestados à criança/jovem e família no SUP, através da criação de estratégias promotoras da segurança do paciente e, concomitantemente, o desenvolvimento das minhas competências.

Tendo identificando fatores ambientais que propiciavam o aumento do risco de quedas das crianças internadas no SO e sabendo que as quedas durante a hospitalização constituem eventos preveníveis (Dornelles et al., 2021), surgiu a necessidade e oportunidade de criar uma estratégia preventiva neste âmbito. Desta forma, compreendendo a importância do envolvimento dos familiares/acompanhantes na promoção da segurança da criança (Rodrigues et al., 2018a) - devendo estes para tal, ser orientados sobre como o podem efetuar (OE, 2015) - a primeira atividade que realizei foi a revisão do folheto informativo “Orientações para a prevenção de quedas de crianças e jovens internados: para pais, familiares, cuidadores” (ver APÊNDICE XXII).

A revisão do folheto informativo visou a sua efetiva utilização ao torná-lo mais prático, claro e de fácil leitura, garantindo a transmissão de informação aos acompanhantes das crianças e jovens, aumentando a sua participação na redução de quedas durante o internamento no SO.

A realização desta atividade permitiu-me desenvolver competências de EE ao otimizar “o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” (OE, 2019, p.4748) e utilizar “os recursos de forma eficiente para promover a qualidade” (OE, 2019, p.4748).

Sendo os erros relacionados com a administração de medicamentos, os erros mais frequentemente relatados nos Sistemas de Saúde (Lima et al., 2022), a adoção de medidas preventivas neste âmbito torna-se essencial através da implementação de estratégias simples e de baixo custo (Camerini et al., 2022), como sendo o caso da Dupla Verificação da Medicação (Sales et al., 2018).

Realizando-se frequentemente procedimentos cirúrgicos na sala de pequenas cirurgias e cabendo a responsabilidade da preparação e administração da medicação aos

enfermeiros do SUP, como segunda atividade elaborei de uma folha de registo da Dupla Verificação da Medicação para a administração de sedoanalgesia (ver APÊNDICE XXIII), enquanto estratégia preventiva na redução do erro na administração de medicamentos. A criação desta folha de registo foi desenvolvida para ser preenchida por dois enfermeiros na fase pré-cirurgia, durante a preparação da medicação, antes da sua administração, validando o cumprimento de todos os itens apresentados em *checklist*, despistando possíveis erros, ficando posteriormente anexada à lista de verificação pré-cirúrgica já existente no SUP.

Esta atividade permitiu-me desenvolver competências de EE, ao cooperar “na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano” (OE, 2019, p.4748), assegurando a “aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares” (OE, 2019, p.4748).

Compreendendo que a utilização de escalas de avaliação ostentam diversas vantagens – ajudam na avaliação, estratificam o risco, orientam a priorização das intervenções e acompanham a evolução do paciente - melhorando a qualidade do cuidado e otimizando o tempo dos profissionais de saúde, revelando um impacto positivo na segurança do paciente (Acelas & Montañez, 2018); fiquei surpreendida ao identificar a ausência da avaliação do risco de queda e do risco de UP das crianças e jovens internadas no SO.

No sentido de promover a realização da avaliação do risco de quedas e do risco de UP utilizando escalas pediátricas, além de instituir o cumprimento das restantes estratégias promotoras da segurança desenvolvidas, como terceira atividade elaborei uma NOC denominada: “Garantir a segurança da criança/jovem internada em SO” (ver APÊNDICE XXIV), servindo de instrumento de apoio para a intervenção dos enfermeiros, uniformizando as práticas de segurança para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Santos et al., 2015).

A criação da NOC visou promover a cultura de segurança no SO, descrevendo as intervenções a realizar por parte da equipa de Enfermagem no âmbito da: identificação do paciente, segurança na administração de medicamentos, prevenção de quedas, prevenção de UP, prevenção de infeções nosocomiais, incentivando ainda a promoção do envolvimento do acompanhante. Para a efetiva aplicação das medidas de segurança descritas na NOC, elaborei de forma suplementar, uma *checklist* para verificação dos itens de segurança abordados (em apêndice da própria NOC). A *checklist* foi desenvolvida para permitir aos enfermeiros, de uma forma rápida, validar em cada turno, para cada criança a si atribuída no SO, o cumprimento das medidas implementadas.

Partindo da realização das atividades estabelecidas para este objetivo, foi-me possível desenvolver competências de EE no âmbito da otimização do “trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” (OE, 2019, p.4748), elaborando “recursos adequados para a prestação de cuidados seguros” (OE, 2019, p.4748), implementando “métodos de organização do trabalho adequados” (OE, 2019, p.4748).

No sentido de divulgar à equipa as novas estratégias a adotar, reforçando a importância da promoção da segurança para a qualidade dos cuidados, considerei pertinente a realização de uma sessão de formação dirigida aos enfermeiros do SUP. Para realização da sessão de formação desenvolvi previamente um Plano de Sessão Formativo (ver APÊNDICE XXV). Realizei duas sessões em dias distintos, tendo assistido à formação no total 11 enfermeiros. As sessões de formação decorreram como previsto.

Através da realização da sessão de formação, gerindo “programas e dispositivos formativos” (OE, 2019, p.4750), foi possível desenvolver competências de EE, atuando “como formador oportuno em contexto de trabalho” (OE, 2019, p.4750), “visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p.4747). Foi-me igualmente possível avaliar “o impacto da formação” (OE, 2019, p.4750) através da solicitação do preenchimento do questionário de satisfação da sessão formativa aos enfermeiros presentes (apresentando-se os resultados do questionário no Apêndice do Plano de Sessão Formativo).

Tal como para todos os objetivos anteriores, para a execução das atividades deste objetivo específico foi necessária a consulta de bibliografia diversa e atualizada, recorrendo a “evidência científica e normas necessárias” (OE, 2019, p.4747).

#### Avaliação global do estágio e implicações para a prática futura

A prestação de cuidados no âmbito do SUP foi uma estreia para mim, sendo que ao longo da minha experiência académica e profissional, nunca tinha integrado uma equipa neste contexto, pelo que a realização deste estágio permitiu-me apresentar um olhar mais amplo a respeito dos cuidados de Enfermagem nas diferentes valências do cuidado em pediatria e compreender efetivamente que a Filosofia dos Cuidados da Enfermagem Pediátrica é transversal a todos os contextos do cuidar em pediatria. O meu investimento na realização das atividades a que me propus realizar permitiu-me adquirir e mobilizar conhecimentos e competências que levarei para a minha prática enquanto EEESIP, tendo-me permitido essencialmente refletir a respeito da importância de uma eficaz gestão de cuidados e de equipas para um atendimento de qualidade em saúde.



### 3. CONCLUSÃO

O atual relatório veio-me permitir reviver a toda experiência que foi este percurso formativo refletindo a respeito da aquisição de competências de mestre e EEESIP.

Integrei o Curso de Mestrado com um grande interesse em aprimorar as minhas competências enquanto enfermeira nesta área que me é tão querida: a Saúde Infantil e Pediatria. Dediquei-me com agrado, depositando um grande investimento pessoal e procurando absorver o máximo de aprendizagens, acreditando desta forma ter maximizado as oportunidades de aprendizagem e o desenvolvimento das minhas competências.

A minha experiência profissional permitiu-me integrar com maior entendimento os conteúdos tóricos fornecidos, assim como potenciar o pensamento crítico e reflexivo a respeito das diferentes práticas e gestão dos cuidados nos contextos de estágio.

A mobilização de teóricos fornecidos nas aulas, assim como o Modelo Qualidade-Cuidado<sup>©</sup> e a Filosofia de Cuidados da Enfermagem Pediátrica, foram essenciais para o meu percurso oferecendo um significado ao conhecimento e orientando a minha prática.

A realização da *scoping review* veio permitir-me desenvolver competências de mestre em Enfermagem no âmbito da consulta e produção de estudos de investigação contribuindo para o desenvolvimento da disciplina, tendo nomeadamente apresentado um póster sobre a mesma no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. Partindo dos seus resultados, foi-me possível compreender como poderia melhorar na minha intervenção e a intervenção das equipas nos diferentes estágios para promover o aumento da qualidade dos cuidados prestados no âmbito da segurança.

Tendo a promoção da segurança da criança e jovem sido o tema por mim aprofundado ao longo deste percurso - compreendendo a sua importância para o adequado desenvolvimento Infantil e Juvenil e para a qualidade dos cuidados prestados - e sobre o qual desenvolvi a *scoping review*, defini objetivos com atividades focadas neste âmbito nos diferentes contextos de estágio, desenvolvendo competências de mestre e EE ao contribuir para a melhoria dos conhecimentos e práticas dos profissionais melhorando a qualidade dos cuidados.

Direcionado às famílias das crianças e jovens, na USF criei panfletos com orientações para promover a segurança das crianças nas diferentes idades e fases de desenvolvimento e um cartaz informativo sobre segurança no automóvel. No SUP atualizei ainda um folheto com orientações para a prevenção de quedas, informando como poderiam os familiares participar nos cuidados, promovendo o seu envolvimento na segurança das crianças.

Direcionado às crianças, na USF elaborei um jogo “quantos-queres” promovendo também nestas uma maior sensibilização para a adoção de medidas preventivas na ocorrência de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer.

Direcionado aos profissionais de saúde, no SUP elaborei um *dossier* com normas, orientações, *guidelines* e artigos científicos sobre a segurança Infantil e Juvenil promovendo a atualização de conhecimentos baseados nas mais recente bibliografia científica e atualizei uma NP “Visita domiciliária de enfermagem ao RN e família”; na UN realizei uma auditoria ao registo Dupla Verificação de Medicação monitorizando práticas e identificando necessidades de melhoria e atualizei um questionário de satisfação do internamento visando compreender de forma mais abrangente a satisfação dos pais a respeito do internamento do RN incorporando questões de segurança; no SUP criei uma folha de registo da Dupla Verificação da Medicação para administração de medicamentos sedativos e analgésicos em procedimentos cirúrgicos e criei uma NOC “Garantir a segurança da criança e jovem internada em SO”, anexando uma *checklist* de verificação de segurança, descrevendo as intervenções a realizar por parte da equipa de Enfermagem para garantir a segurança das crianças e jovens internadas. Na UN e no SUP realizei ainda sessões de formação.

No decorrer do percurso formativo desenvolvi conhecimentos altamente especializados na área de especialidade. Partindo destes e do recurso a evidência científica, ao longo dos estágios prestei cuidados de nível avançado às crianças, jovens e famílias com segurança e competência, demonstrando igualmente neste âmbito, o desenvolvimento das competências de mestre e EEESIP. Através da comunicação com as enfermeiras orientadoras, foi-me sendo continuamente estimulado o pensamento crítico a respeito das diferentes práticas e gestão dos cuidados de Enfermagem, tendo neste campo realizado ainda três reflexões individuais a respeito de experiências vivenciadas.

Cada contexto de estágio contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos e competências que foram mobilizados para os estágios seguintes e transferidos para minha prática profissional e permitiu o desenvolvimento de competências de mestre - no âmbito da prestação, gestão e supervisão dos cuidados, demonstrando capacidade de julgamento crítico

e tomada de decisão, servindo ainda como elemento dinamizador das equipas promovendo a melhoria de cuidados – e de EEESIP nas distintas áreas do cuidado à criança e jovem, em colaboração com as suas famílias e equipas multidisciplinares, à luz do Regulamento das Competências Comuns do EE e do Regulamento das Competências Específicas do EEESIP.

A realização de um Projeto Individual de Aprendizagem em cada estágio foi essencial para a orientação do meu percurso, em que através da realização de um diagnóstico situacional foi possível definir objetivos e atividades no sentido de colmatar as necessidades dos contextos de estágio e as minhas necessidades formativas. Realizei atividades em diferentes domínios - prestação de cuidados, gestão, investigação e formação - conseguindo realizar todas as atividades definidas dentro do cronograma estipulado para cada contexto de estágio, gerindo os recursos necessários para a cumprimento dos objetivos que defini.

O caminho percorrido ao longo deste percurso foi sem dúvida, desafiante, mas da mesma forma gratificante, pela riqueza das experiências vivenciadas, reflexões e aprendizagens que levo comigo e para a minha prática profissional. Considero assim que foi um percurso transformador, de grande amadurecimento pessoal e profissional.

Uma vez que foram variadas as aprendizagens e competências desenvolvidas e aprimoradas ao longo do mestrado, identifico como tendo sido um desafio a necessidade de sintetizar todo o meu percurso formativo neste relatório.

Terminando esta etapa formativa, não considero por sua vez que o meu percurso de desenvolvimento profissional termine aqui, a realização deste relatório apresentou-se como um momento de reflexão sobre o que foi o meu percurso e sobre como posso continuar a melhorar a minha prática, sendo a procura da excelência um exercício contínuo.

Perceciono o papel do EEESIP como um elemento de referência na sua área, pelas competências relacionais com as crianças e famílias na prestação de cuidados, pela qualidade dos cuidados que presta, um elemento guiado pela atualização contínua dos seus conhecimentos à luz da evidência científica, gerador de mudança e atualização dentro das equipas, promotor da melhoria da qualidade dos cuidados e reconhecimento da nossa profissão. Desta forma, procurarei continuamente fazer jus à categoria de EEESIP.

Ambiciono continuar a identificar aspetos que sejam alvo de melhoria na minha prática recorrendo a evidência científica atualizada, partilhando aprendizagens também no local onde exerço funções, promovendo cuidados de qualidade.

Para o futuro fica ainda o desejo de publicar a *scoping review*, contribuindo para a investigação em Enfermagem e melhoria da qualidade dos cuidados.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acelas, A. L. R., & Montañez, W. C. (2018). Contribuições das escalas em saúde como ferramentas que influenciam decisões no cuidado dos pacientes. *Revista Cuidarte*, 9(1), 1949–1960. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.498>
- Alligood, M. R., & Torney, A. M. (2004). Introdução à teoria de enfermagem: história, terminologia e análise. In *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5th ed., pp. 3–14). Lusociência.
- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). APA.
- APSI. (2021). *Há quase 3 décadas a olhar pela Segurança Infantil*. <https://apsi.org.pt/images/PDF/Catalogo-2021.pdf>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. In *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Arruda, N., Bezerra, A., & Teixeira, C. (2017). Percepção do Paciente com a Segurança no Atendimento em Unidade de Urgência e Emergência. *Revista de Enfermagem*, 11(11), 4445–4454.
- Azevedo, L. R., Sousa, A. S., & Coelho, S. P. F. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? - revisão integrativa. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 12–22. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7277>
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2nd ed.). Quarteto Editora.
- Biasibetti, C., Hoffmann, L. M., Rodrigues, F. A., Wegner, W., & Rocha, P. K. (2019). Communication for patient safety in pediatric hospitalizations. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 40(esp), artigo e20180337. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337>
- Bruyneel, L., Coeckelberghs, E., Buyse, G., Casteels, K., Lommers, B., Vandersmissen, J., Eldere, J. Van, Geet, C. Van, & Vanhaecht, K. (2017). Validation of the Child HCAHPS survey to measure pediatric inpatient experience of care in Flanders. *European Journal of Pediatrics*, 176(7), 935–945. <https://doi.org/10.1007/s00431-017-2919-7>

- Camerini, F. G., Lage, J. S. L., Fassarella, C. S., Henrique, D. M., & Franco, A. S. (2022). Avaliação da administração de medicamentos: identificando riscos e implementando barreiras de segurança. *Journal of Nursing and Health*, 12(1), artigo e2212120501. <https://doi.org/10.15210/jonah.v12i1.20501>
- Casey, A., & Mobbs, S. (1998). Spotlight on children. Partnership in practice. *Nursing Times*, 84(44), 67–68.
- Chagas, M. C. D. S., Gomes, G. C., Pereira, F. W., Diel, P. K. V., & Farias, D. H. R. (2017). Significado atribuído pela família ao cuidado da criança hospitalizada. *Avances En Enfermería*, 35(1), 7–18. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.42466>
- Costa, F. A. D., Torres, R. S., & Sousa, C. D. P. F. (2022). Triage de Manchester: Percepções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. *Revista de Enfermagem Referencia*, 6(1), artigo e21028. <https://doi.org/10.12707/RV21028>
- Costa, J. S., Moraes, E. S., Carmona, E. V., & Mendes-Castillo, A. M. C. (2022). O cuidado centrado na família em unidade de terapia intensiva neonatal: Conceções dos técnicos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referencia*, 6(1), artigo e21144. <https://doi.org/10.12707/RV21144>
- Cotonhoto, L. A., Rossetti, C. B., & Missawa, D. D. A. (2019). A importância do jogo e da brincadeira na prática pedagógica. *Revista Construção Psicopedagógica*, 27(28), 37–47. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-69542019000100005#:~:text=Em%20diversos%20espa%C3%A7os%20os%20jogos,l%C3%B3gica%20e%20o%20racioc%C3%ADnio%20e](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542019000100005#:~:text=Em%20diversos%20espa%C3%A7os%20os%20jogos,l%C3%B3gica%20e%20o%20racioc%C3%ADnio%20e)
- Cox, E. D., Carayon, P., Hansen, K. W., Rajamanickam, V. P., Brown, R. L., Rathouz, P. J., DuBenske, L. L., Kelly, M. M., & Buel, L. A. (2013). Parent perceptions of children's hospital safety climate. *BMJ Quality and Safety*, 22(8), 664–671. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001727>
- Daniels, J. P., Hunc, K., Cochrane, D. D., Carr, R., Shaw, N. T., Taylor, A., Heathcote, S., Brant, R., Lim, J., & Ansermino, J. M. (2012). Identification by families of pediatric adverse events and near misses overlooked by health care providers. *Canadian Medical Association Journal*, 184(1), 29–34. <https://doi.org/10.1503/cmaj.110393>
- Danski, M. T. R., Oliveira, G. L. R., Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. A. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro.

- Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(2), 1–6.  
<https://doi.org/10.4025/ciencucuidaude.v16i2.36304>
- Assembleia Geral das Nações Unidas (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Diário da República: Iª Série, nº 57 (1978).  
<https://files.dre.pt/1s/1978/03/05700/04880493.pdf>
- Despacho nº 9390/2021 da Direção Geral de Saúde. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República: II série, nº 187 (2021).  
<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Diogo, P. (2017). Relação terapêutica e emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Revista Pensar Enfermagem*, 21(1), 20–30.  
<https://doi.org/10.56732/pensarenf.v21i1.132>
- Dornelles, C., Aguiar, J. R. V., Matos, M. B., Ferreira, L. A., Cecagno, S., & Prado, A. R. de A. (2021). Avaliação e características das quedas de pacientes durante a internação hospitalar. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(2), 160–174.  
<https://doi.org/10.22235/ech.v10i2.2499>
- Duffy, J. R., & Moobs, S. (2018). *Quality Caring in Nursing and Health Systems, Implications for Clinicians, Educators, and Leaders* (3rd ed.). Springer Publishing Company.
- Duffy, J. R., & Hoskins, L. M. (2003). The Quality-Caring Model: blending dual paradigms. *Advances in Nursing Science*, 26(1), 77–88. <https://doi.org/10.1097/00012272-200301000-00010>
- Edmundson, E. (2012). The Quality Caring Nursing Model: A Journey to Selection and Implementation. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(4), 411–415.  
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.09.007>
- Farias, P. C. D., & Silva, R. G. da. (2020). A importância da auditoria interna na qualificação das informações do sistema e-SUS-AB na atenção básica do Município de Sitio Novo de Tocantins. *Revista Extensão*, 4(2), 90–97.  
<https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/2724>
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15.  
[https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Franco, L. F., Bonelli, M. A., Wernet, M., Barbieri, M. C., & Dupas, G. (2020). Patient safety: perception of family members of hospitalized children. *Revista Brasileira de*

- Enfermagem*, 73(5), artigo e20190525. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0525>
- Freitas, H. C. L. (2015). O trabalho como princípio articulador na prática de ensino nos estágios. *Educação e Filosofia*, 13(25), 287–291.  
<https://doi.org/10.14393/REVEDFIL.v13n25a1999-813>
- Gonçalves, K. M. de M., Costa, M. T. T. C. A., Silva, D. C. B., Baggio, M. E., Corrêa, A. D. R., & Manzo, B. F. (2020). Estratégia lúdica para promoção do engajamento de pais e acompanhantes na segurança do paciente pediátrico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, artigo e20190473. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190473>
- Harbaugh, B. L., Tomlinson, P. S., & Kirschbaum, M. (2004). Parents' perceptions of nurses' caregiving behaviors in the pediatric intensive care unit. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 27(3), 163–178. <https://doi.org/10.1080/01460860490497985>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2016). *Wong - Enfermagem da criança e do adolescente* (9th ed.). Lusociência.
- Hoffmann, L. M., Rodrigues, F. A., Biasibetti, C., Peres, M. de A., Vaccari, A., & Wegner, W. (2020). Patient safety incidents reported by relatives of hospitalized children. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41(spe), artigo e20190172.  
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190172>
- Hoffmann, L. M., Wegner, W., Biasibetti, C., Peres, M. de A., Gerhardt, L. M., & Breigeiron, M. K. (2019). Patient safety incidents identified by the caregivers of hospitalized children. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 707–714.  
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0484>
- Khan, A., Coffey, M., Litterer, K. P., Baird, J. D., Furtak, S. L., Garcia, B. M., Ashland, M. A., Calaman, S., Kuzma, N. C., O'Toole, J. K., Patel, A., Rosenbluth, G., Destino, L. A., Everhart, J. L., Good, B. P., Hepps, J. H., Dalal, A. K., Lipsitz, S. R., Yoon, C. S., ... Landrigan, C. P. (2017). Families as partners in hospital error and adverse event surveillance. *JAMA Pediatrics*, 171(4), 372–381.  
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.4812>
- Khan, A., Furtak, S. L., Melvin, P., Rogers, J. E., Schuster, M. A., & Landrigan, C. P. (2016). Parent-reported errors and adverse events in hospitalized children. *JAMA Pediatrics*, 170(4), artigo e154608. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.4608>

- Lachman, P., Linkson, L., Evans, T., Clausen, H., & Hothi, D. (2015). Developing person-centred analysis of harm in a paediatric hospital: A quality improvement report. *BMJ Quality and Safety*, 24(5), 337–344. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003795>
- Leandro, T. A., Nunes, M. M., Teixeira, I. X., Lopes, M. V. de O., Araújo, T. L. de, Lima, F. E. T., & Silva, V. M. da. (2020). Desenvolvimento das teorias de médio alcance na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), artigo e20170893. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0893>
- Lima, E. L., Valente, F. B. G., & Souza, A. C. S. (2022). Ocorrência de erros no preparo e na administração de medicamentos em unidade de pronto atendimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 24, artigo 68956. <https://doi.org/10.5216/ree.v24.68956>
- Lima, J. C., Silva, A. E. B. de C., Sousa, M. R. G., Freitas, J. S., & Bezerra, A. L. Q. (2017). Assessment of quality and safety of nursing assistance to the hospitalized child: perception of accompanying. *Journal of Nursing UFPE Online*, 11(Supl.11), 4700–4708. <https://doi.org/10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201721>
- Lima, T. C. V. de S., Morais, R. de C. M., Silveira, A. O., Medeiros, C. C., & Motta, E. (2021). Práticas adotadas pela enfermagem para a promoção do cuidado desenvolvimental dos recém-nascidos prematuros. *Research, Society and Development*, 10(4), artigo e39010413993. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13993>
- Loureiro, F. M., Antunes, A. V. D. R. A., & Charepe, Z. B. (2021). Concepções teóricas de enfermagem nos cuidados à criança hospitalizada: scoping review. In *Revista Brasileira de Enfermagem* (Vol. 74, Issue 3, p. artigo e20200265). NLM (Medline). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0265>
- Lyndon, A., Jacobson, C. H., Fagan, K. M., Wisner, K., & Franck, L. S. (2014). Parents' perspectives on safety in neonatal intensive care: A mixed-methods study. *BMJ Quality and Safety*, 23(11), 902–909. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003009>
- Martins, C. I. S., Potra, T. M. F. dos S., & Lucas, P. B. (2020). Fatores de motivação dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários. *Pensar Enfermagem*, 24(1), 27–38. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v24i1.167>
- Massa, E. R., Hooker, A. C., & Martínez, D. G. (2019). Condiciones de seguridad percibidas por cuidadores familiares en atención pediátrica. *Revista Ciencia y Cuidado*, 16(3), 80–92. <https://doi.org/10.22463/17949831.1574>
- Mazor, K. M., Goff, S. L., Dodd, K. S., Velten, S. J., & Walsh, K. E. (2010). Parents' Perceptions of Medical Errors. *Journal Patient Safety*, 6(2), 102–107.

<https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3181ddfcd0>

- Melo, E. M. de O. P. de, Ferreira, P. L., Lima, R. A. G. de, & Mello, D. F. de. (2014). Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 432–439. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3308.2434>
- Mendes, L. A., Costa, A. C. L., Silva, D. C. Z., Simões, D. A. da S., Côrrea, A. D. R., & Manzo, B. F. (2021). Adherence of the nursing team to patient safety actions in neonatal units. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), artigo e20200765. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0765>
- Mendes, M. G. S. R., & Martins, M. M. F. P. da S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, IIIª Série*(6), 113–121. <https://doi.org/10.12707/RIII1144>
- Moura, L. P., Moura, G. M. S. S., Wegner, W., & Hoffmeister, L. V. (2020). Parents as pillars for patient safety in a neonatal unit. *Revista Enfermagem UERJ*, 28, artigo e48578. <https://doi.org/10.12957/REUERJ.2020.48578>
- National Patient Safety Foundation. (2015). *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human*. <https://www.ihf.org/resources/Pages/Publications/Free-from-Harm-Accelerating-Patient-Safety-Improvement.aspx>
- Nicklin, W., & Hughes, L. (2020). Patient Safety: We've Come a Long Way. *Healthcare Quarterly*, 22(SP-Issue), 6–9. <https://doi.org/10.12927/hcq.2020.26044>
- Oliveira, T. G. P. de, Diniz, C. G., Carvalho, M. P. M., Corrêa, A. D. R., Rocha, P. K., & Manzo, B. F. (2022). Envolvimento dos acompanhantes na segurança do paciente em unidades pediátricas e neonatais: revisão de escopo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(3), artigo e20210504. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0504>
- O’Nan, C. L., Jenkins, K., Morgan, L. A., Adams, T., & Davis, B. A. (2014). Evaluation of Duffy’s Quality Caring Model© on Patients’ Perceptions of Nurse Caring in a Community Hospital. *International Journal of Human Caring*, 18(1), 27–34. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.18.1.27>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. In *Cadernos OE: Vol. I* (Issue 1). Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores\\_boapratica\\_saudeinfantil\\_pediatria\\_volume1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica. In *Cadernos OE: Vol. II* (Issue 2). Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE\\_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP\\_VolIII.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_VolIII.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. In *Cadernos Ordem dos Enfermeiros* (Issue 8). Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP\\_ParentalidadePositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_ParentalidadePositiva_vf.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2020a). *Mesa do colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Relatório Bienal 2020-2021*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020b). *Parecer da mesa do Colégio de Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica N°7/2020*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20888/parecer-n%C2%BA-07\\_2020\\_mceesip\\_recusa-enf-fam%C3%ADlia-em-administrar-vacina-injectavel-a-lactante-duran.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20888/parecer-n%C2%BA-07_2020_mceesip_recusa-enf-fam%C3%ADlia-em-administrar-vacina-injectavel-a-lactante-duran.pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Direção Geral de Saúde*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO\\_IER\\_PSP\\_2010.2\\_por.pdf?sequence=4](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf?sequence=4)
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Organização Mundial de Saúde. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2021, August 3). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Zero Patient Harm in Health Care*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- Peres, M. Á., Wegner, W., Cantarelli-Kantorski, K. J., Gerhardta, L. M., & Magalhães, A. M. M. (2018). Perception of family members and caregivers regarding patient safety in

- pediatric inpatient units. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, artigo e2017-0195. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0195>
- Pinto, J. P., Ribeiro, C. A., Pettengill, M. M., & Balieiro, M. M. F. G. (2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 132–135. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100022>
- Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Caldeira, S., & Nunes, E. (2022). Intervenciones de enfermería promotoras de la vinculación con los recién nacidos hospitalizados – revisión scoping. *Enfermería Global*, 21(2), 625–637. <https://doi.org/10.6018/eglobal.479291>
- Raposo, R. (2022, abril 24). Os desafios e a importância da parentalidade na atualidade. *Açoriano Oriental - Ordem Dos Enfermeiros Açores*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25952/ao\\_abr22.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25952/ao_abr22.pdf)
- Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II série, nº 26 (2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República: IIª série, nº 119 (2017). <https://files.dre.pt/2s/2015/06/119000000/1666016665.pdf>
- Regulamento nº 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República: II série, nº 133 (2018). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Reis, T. da S., Oliveira, I. D. S., Santos, J. M. de J., Farre, A. G. M. da C., Rodrigues, I. D. C. V., Leite, A. M., & Freitas, C. K. A. C. (2021). Knowledge and attitudes of schoolchildren about the prevention of accidents. *Ciência e Saúde Coletiva*, 26(3), 1077–1084. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.06562019>
- Rodrigues, F. A., Wegner, W., Kantorski, K. J. C., & Pedro, E. N. R. (2018). Patient safety in a neonatal unit: Concerns and strategies experienced by parents. *Cogitare Enfermagem*, 23(2), artigo e52166. <https://doi.org/10.5380/ce.v23i1.52166>
- Rodrigues, T. J., Hense, T. D., Milbrath, V. M., Gabatz, R. I. B., Petry, G. B., & Soares, F. R. R. (2023). Formação do vínculo entre pais e lactentes durante o processo de

- hospitalização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 12(2), artigo e6112239914.  
<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i2.39914>
- Rosenberg, R. E., Rosenfeld, P., Williams, E., Silber, B., Schlucter, J., Deng, S., Geraghty, G., & Sullivan-Bolyai, S. (2016). Parents' perspectives on "keeping their children safe" in the hospital. *Journal of Nursing Care Quality*, 31(4), 318–326.  
<https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000193>
- Sales, L., Quintão, J., & Teixeira, M. (2018). Segurança na preparação e administração de medicação pelo enfermeiro: quantos são os "certos"? *Revista de Ciências Da Saúde Da ESSCVP*, 10, 30–40.  
<http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=31763>
- Santos, G. F., Azevedo, P. C., & Carneiro, A. V. (2015). Normas de Orientação Clínica 2.0: Tradução das Tabelas 2 e 3 e do Apêndice 1 de Schünemann HJ et al. CMAJ. 2014; 186:E123-42. *Revista Científica Da Ordem Dos Médicos - Acta Médica Portuguesa*, 28(3), 395–414. [www.actamedicaportuguesa.com](http://www.actamedicaportuguesa.com)
- Saraiva, C. O. P. de O., Andrade, F. B., Chiavone, F. B. T., Barbosa, M. L., Medeiros, S. G. de, Souza, N. L. de, Martins, Q. C. S., & Santos, V. E. P. (2022). Avaliação da segurança do paciente neonatal: construção e validação de protocolo e checklist. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35, artigo eAPE0085345. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0085345>
- Schaffer, P., Vaughn, G., Kenner, C., Donohue, F., & Longo, A. (2000). Revision of a parent satisfaction survey based on the parent perspective. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 373–377. <https://doi.org/10.1053/jpdn.2000.16713>
- Shala, D. R., Brogan, F., Cruickshank, M., Kornman, K., & Sheppard-Law, S. (2019). Exploring Australian parents' knowledge and awareness of pediatric inpatient falls: A qualitative study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 24(4), artigo e12268.  
<https://doi.org/10.1111/jspn.12268>
- Silva, D. I., Veríssimo, M. de L. Ó. R., & Mazza, V. A. (2015). Vulnerability in the child development: Influence of public policies and health programs. *Journal of Human Growth and Development*, 25(1), 11–18. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96760>
- Silva, E. M. B., Garcia, C. R. F., Silva, D. M., & Duarte, J. C. (2018). A segurança dos cuidados da criança hospitalizada: percepção dos enfermeiros. *Revista de Psicologia Da Criança e Do Adolescente*, 9(1), 67–82.

<http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/2672>

- Silva, E. M. B., Pedrosa, D. L. L., Leça, A. P. C., & Silva, D. M. (2016). Perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(nº 9), 87–96. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16007>
- Silva, T., Wegner, W., & Pedro, E. N. R. (2012). Safety of pediatric intensive care inpatients: understanding adverse events from the companion's perspective. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14(2), 337–344. <https://doi.org/10.5216/ree.v14i2.12977>
- Soares, I., Luísa, A., & Keating, J. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26(26), 175–190. <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703>
- Sobo, E. J. (2005). Parents' perceptions of pediatric day surgery risks: unforeseeable complications, or avoidable mistakes? *Social Science and Medicine*, 60(10), 2341–2350. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.10.006>
- Sobo, E. J., Billman, G., Lim, L., Murdock, J. W., Romero, E., Donoghue, D., Roberts, W., & Kurtin, P. S. (2002). A rapid interview protocol supporting patient-centered quality improvement: hearing the parent's voice in a pediatric cancer unit. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 28(9), 498–509. [https://doi.org/10.1016/s1070-3241\(02\)28055-4](https://doi.org/10.1016/s1070-3241(02)28055-4)
- Sousa, M., & Correia, M. (2022, April 26). *Perceção da família sobre a segurança nos cuidados à criança hospitalizada: protocolo de scoping review*. <https://osf.io/pbv6j/>
- Stubblefield, C., & Murray, R. L. (1999). Parents Call for Concerned and Collaborative Care. *Western Journal of Nursing Research*, 21(3), 356–371. <https://doi.org/10.1177/01939459922043929>
- Tarini, B. A., Lozano, P., & Christakis, D. A. (2009). Afraid in the hospital: Parental concern for errors during a child's hospitalization. *Journal of Hospital Medicine*, 4(9), 521–527. <https://doi.org/10.1002/jhm.508>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. In *Annals of Internal Medicine* (Vol. 169, Issue 7, pp. 467–473). American College of Physicians. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

- United Nations Children's Fund. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos (adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990)*. United Nations Children's Fund. [https://www.unicef.pt/media/2766/unicef\\_convenc-a-o\\_dos\\_direitos\\_da\\_crianca.pdf](https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf)
- Venturi, K. K., Wolff, L. D. G., Meier, M. J., Montezeli, J. H., & Peres, A. M. (2009). Modelo qualidade-cuidado©: uma mid-range theory de enfermagem fundamentada em Watson e Donabedian. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(2), 280–285. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v8i2.8212>
- Vilela, M. L. F., & Pereira, Q. L. C. (2018). Consulta puerperal: orientação sobre sua importância. *Journal Health NPEPS*, 3(1), 228–240. <http://dx.doi.org/10.30681/252610102908>
- Villar, V. C. F. L., Duarte, S. da C. M., & Martins, M. (2021). Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. *Cadernos de Saude Publica*, 36(12), artigo e00223019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223019>
- Wegner, W., & Pedro, E. N. R. (2012). Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(3), 427–434. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300002>
- Wei, H., Corbett, R. W., Rose, M. A., & Wei, T. L. (2019). Parents' and healthcare professionals' perceptions of the quality of care: A PITSTOP model of caring. *Nursing Forum*, 54(4), 661–668. <https://doi.org/10.1111/nuf.12391>
- Witanowska, J., Warmuz-Wancisiewicz, A. I., & Ulman, A. (2019). Hospitalization as a difficult situation for children in the opinion of parents and nursery personnel. *Polish Nursing*, 72(2), 129–133. <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.17>

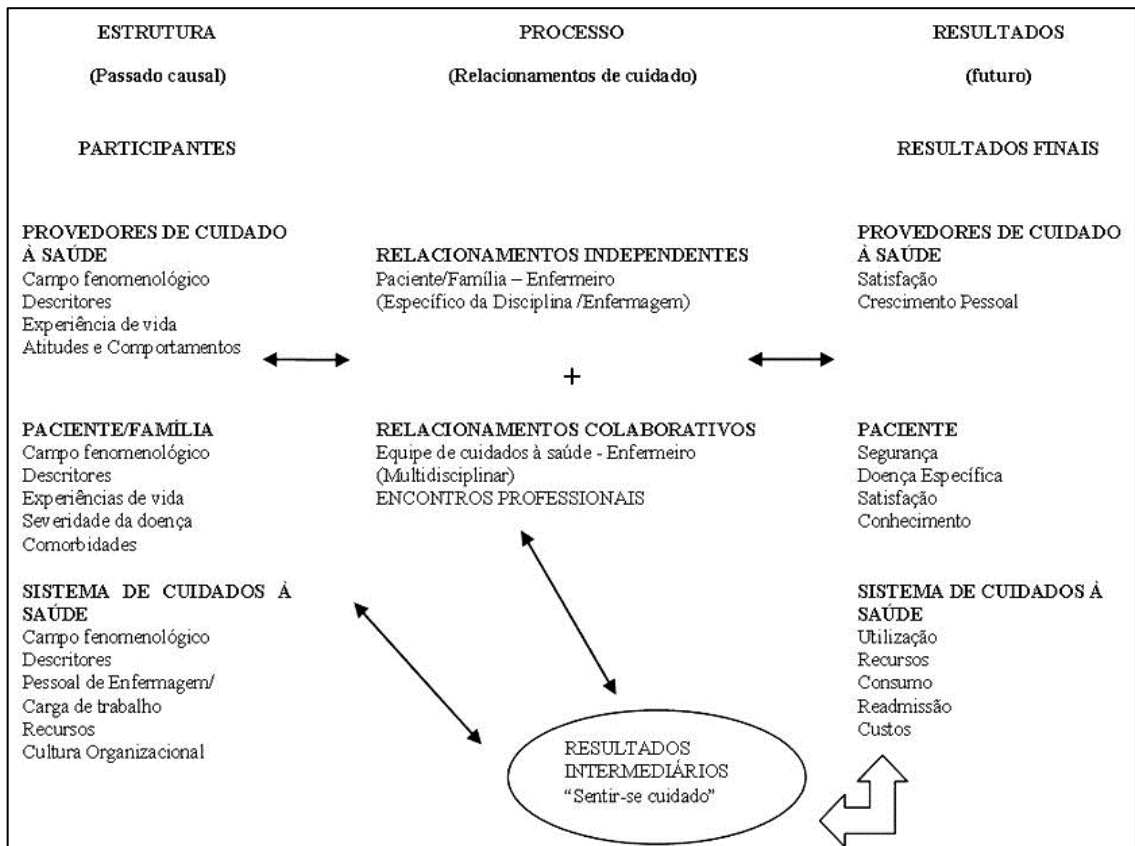


# **ANEXOS**



ANEXO I – Modelo Qualidade-Cuidado<sup>®</sup> de Duffy e Hoskins



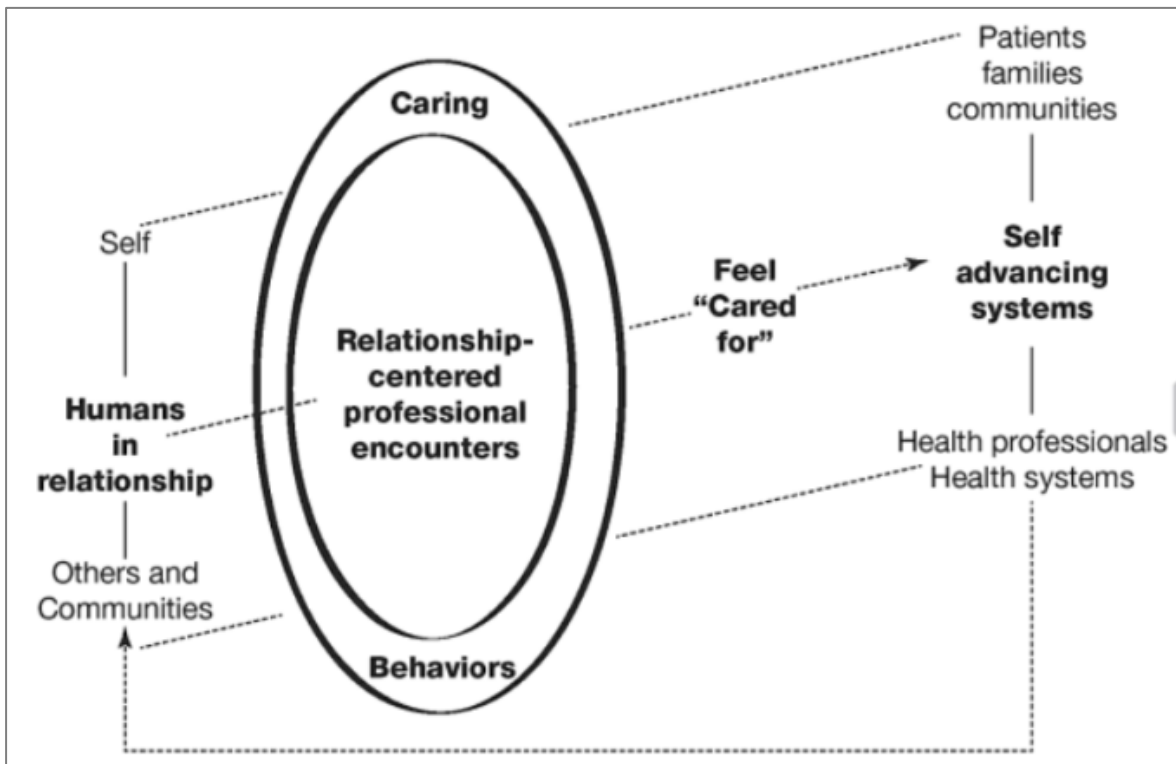


Modelo Qualidade-Cuidado<sup>©</sup> de Duffy e Hoskins (Venturi et al., 2009, adaptado de Duffy & Hoskins, 2003, p. 36.)



ANEXO II – Modelo Qualidade-Cuidado<sup>®</sup> adaptado por Duffy



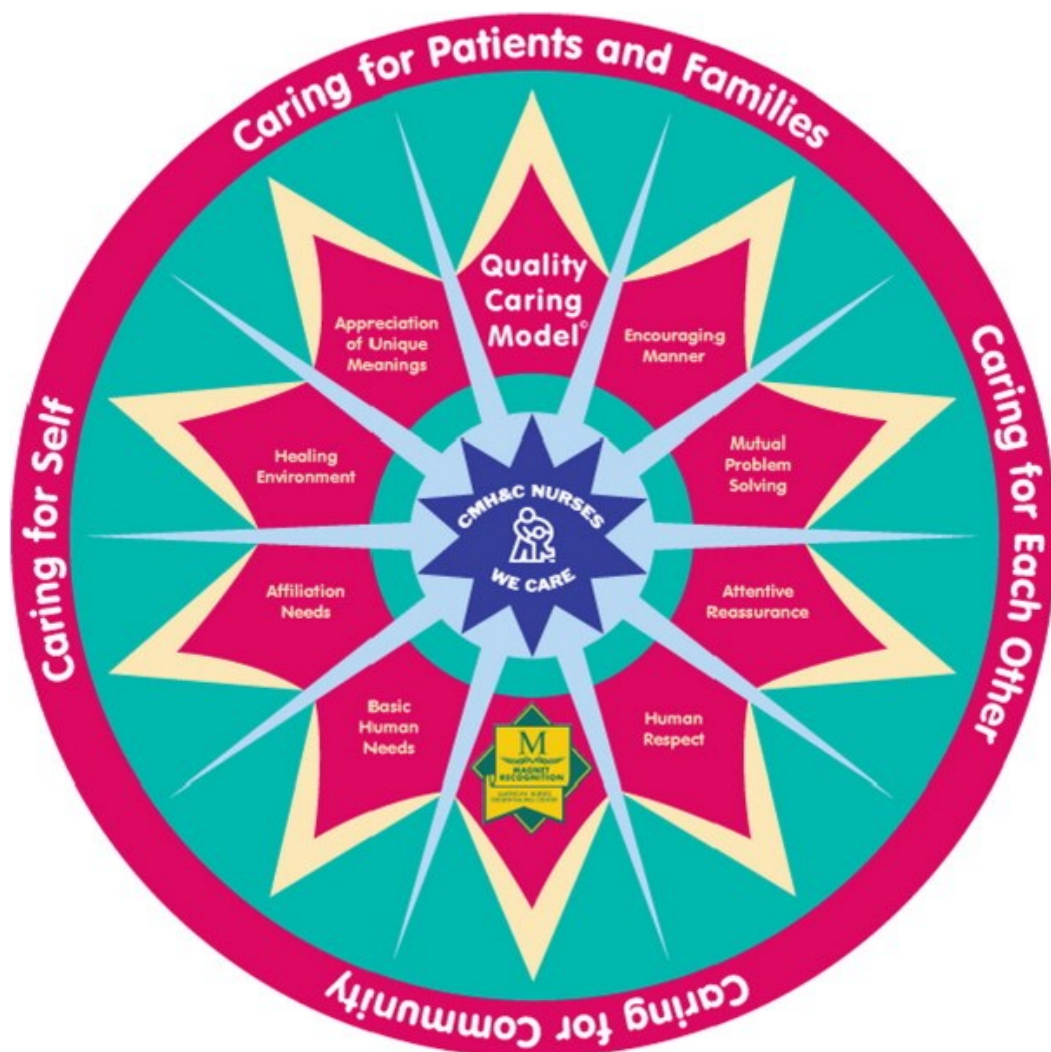


Modelo Qualidade-Cuidado<sup>©</sup> adaptado (Duffy, 2018, p.49).



ANEXO III – Relacionamentos e fatores de cuidado que operacionalizam o Modelo Qualidade-Cuidado<sup>©</sup> adaptado por Duffy





Modelo Qualidade-Cuidado<sup>©</sup> - quatro relacionamentos necessários para a qualidade do cuidado e oito fatores de cuidado que operacionalizam o modelo. (Edmundson, 2012, p.414)



ANEXO IV – Certificado da apresentação do Poster “Perceção da família sobre a segurança nos cuidados à criança hospitalizada: *scoping review*” no âmbito da participação no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa



## CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enf.(a) **Maria João Pereira Lopes Correia, Mariana Serpa Teixeira de Sousa; Prof. Dra. Sílvia Caldeira; Prof. Dra. Zaida Charepe; Prof. Dra. Margarida Lourenço; Prof. Dra. Elisabete Nunes** apresentaram, em coautoria, o Poster n.º 6 com o tema **Perceção da família sobre a segurança nos cuidados à criança hospitalizada: scoping review no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, no dia 25 de novembro de 2022, Auditório 1, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.**

Lisboa, 25 de novembro de 2022.

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP  
  
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN  
Professora Associada



## V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO

### PROGRAMA

9:00 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderadora: Maria João Correia

Ana Paramos "Direito à Esperança: Da Dimensão terapêutica da esperança à Humanização dos cuidados ao adolescente hospitalizado."

Filipa Ferreira "Promoção da parentalidade: Um contributo para a humanização dos cuidados."

Joana Cereja "Recém-nascido com ostomias intestinais e família, como intervir para humanizar."

10:00 – SESSÃO DE ABERTURA

10:30 –INTERVALO

11:00 – Conferencia: "A Influência do Nervo vago em Ambientes Hostis" - Prof. Doutor Yori Gidron

11:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderadora: Ana Rita Rodrigues

Isabel Pica "A escuta e a unicidade no cuidado de enfermagem humanizado."

Rui Pina "Multiculturalidade: A dimensão do Cuidado Humanizado."

Lénia Pacheco Coelho "O acompanhamento ou visita alargada no outcome do doente crítico: Uma dimensão do cuidado humanizado."

12:30 – Almoço

14:00 – CONFERÊNCIA "Conceito de Humanismo na disciplina e profissão de Enfermagem" - Profª Doutora Cândida Caniçali Primo

14:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderadora: Liliana Martins Casimiro

Joana Costa "Bem comer para melhor crescer: Intervenção de Enfermagem de Saúde Pública em contexto escolar."

Mónica dos Santos "Quem ama não agrida": Intervenções de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar."

Ana Martins "Literacia em saúde sobre primeiros socorros: Capacitar a comunidade sénior para agir."

15:45 – Apresentação de Posters

– ENCERRAMENTO

16:30 – MOMENTO MUSICAL



# APÊNDICES



APÊNDICE I – Estratégia de pesquisa da *scoping review*



Base de Dados	Estratégia de Pesquisa	Número de estudos
<b>CINAHL</b> (via EBSCOhost)	( MH ( (Parents OR Caregivers OR Family OR "Parental Attitudes" OR "Caregiver Attitudes" OR "Family Attitudes" ) ) OR TX ( ("Parents Perceptions" OR "Parents reports" OR "Caregivers perceptions" OR "Caregivers reports" OR "Family perceptions" OR "Family reports" ) ) ) AND ( MH ( ("Patient Safety" OR "Child Safety" OR "Risk Assessment" OR "Risk Management" OR "Attitude to Risk" OR "Quality of Health Care" ) ) OR TX ( ("Patient Harm" OR "Medical Errors" ) ) ) AND ( MH ( ("Pediatric Units" OR "Pediatric Care" OR "Hospitals, Pediatric" OR "Infant, Hospitalized" OR "Child, Hospitalized" OR "Adolescent, Hospitalized" OR "Pediatric nursing" ) ) OR TX ( ("Pediatric Hospitalization" OR "Pediatric Urgent Care" OR "Pediatric Operating room" OR "Pediatric Intensive Care" OR "Neonatology" OR "Hospitalized Children" ) ) ) )	633
<b>MEDLINE</b> (via EBSCOhost)	( MH ( (Parents OR Caregivers OR Family ) ) OR TX ( ("Parents Perceptions" OR "Parents reports" OR "Caregivers perceptions" OR "Caregivers reports" OR "Family perceptions" OR "Family reports" ) ) ) AND ( MH ( ("Patient Safety" OR "Safety Management" OR "Risk Management" OR "Patient Harm" OR "Medical Errors" OR "Patient Reported Outcome Measures" OR "Quality of Health Care" ) ) OR TX ( ("Child Safety" OR "Adverse Event" OR "Incident Reports" ) ) ) AND ( MH ( ("Hospitals, Pediatric" OR "Intensive Care Units, Pediatric" OR "Child, Hospitalized" OR "Adolescent, Hospitalized" OR "Hospital Units" OR "Pediatric Nursing" OR Pediatrics ) ) OR TX ( ("Pediatric Hospitalization" OR "Pediatric Urgent Care" OR "Pediatric Operating room" OR "Pediatric Intensive Care" OR "Pediatric Care" OR "Hospitalized Children" ) ) ) )	390
<b>SciELO</b>	((parents OR caregivers OR family OR "Parents perceptions" OR "family perceptions" OR "caregivers perceptions")) AND (("patient safety" OR "safety management" OR "risk management" OR "risk assessment" OR "incident reports" OR "child safety")) AND (("Pediatric Hospital" OR "Hospitalized infant" OR "Hospitalized child" OR "Hospitalized children" OR "Hospitalized adolescent" OR "Pediatric Intensive Care" OR "pediatric operating room" OR neonatology))	22
<b>Scopus</b>	( TITLE-ABS-KEY ( ( parents OR caregivers OR family OR "Parents perceptions" OR "family perceptions" OR "caregivers perceptions" ) ) AND TITLE-ABS-KEY ( ( "patient safety" OR "safety management" OR "risk management" OR "risk assessment" OR "incident reports" OR "child safety" ) ) ) AND TITLE-ABS-KEY ( ( "Pediatric Hospital" OR "Hospitalized infant" OR "Hospitalized child" OR "Hospitalized children" OR "Hospitalized adolescent" OR "Pediatric Intensive Care" OR "pediatric operating room" OR neonatology ) ) ) AND ( LIMIT TO ( LANGUAGE , "English" ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , "Portuguese" ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , "French" ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , "Spanish" ) ) AND ( LIMIT-TO ( PUBYEAR , 1999 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2022 ) )	538
<b>RCAAP</b>	(parents OR caregivers OR family OR "Parents perceptions" OR "caregivers perceptions" OR "family perceptions") AND ("patient safety" OR "safety management" OR "risk management" OR "risk assessment" OR "incident reports" OR "child safety") AND ("Pediatric Hospital" OR "Hospitalized infant" OR "Hospitalized child" OR "Hospitalized children" OR "Hospitalized adolescent" OR "Pediatric Intensive Care" OR "pediatric operating room" OR neonatology)	7
<b>TOTAL</b>		1590



APÊNDICE II - Razões de exclusão de estudos da *scoping review*



<b>Razão n°</b>	<b>Razões de exclusão</b>	<b>N° de estudos</b>
1	Percepção do paciente adulto hospitalizado	1
2	Percepção dos profissionais de saúde	2
3	Percepções cruzadas de pais, crianças, adultos e profissionais de saúde	4
4	Incidentes relatados por sistema de notificação hospitalar	1
5	Opiniões dos autores sobre incidentes	1
6	Estudos sobre a implementação e avaliação de novos projetos/iniciativas	18
7	Estudos de avaliação de satisfação global	13
8	Estudos de avaliação sociodemográfica e relação com a satisfação	2
9	Estudos sobre a percepção da qualidade sem enfoque na segurança	8
10	Relatos de experiências no contexto hospitalar, sem enfoque na segurança	10
11	Estudos sobre a continuidade de cuidados	1
12	Estudos sobre a parceria de cuidados entre famílias e profissionais	4
13	Estudos sobre o cuidado centrado na família	2
14	Estudos sobre o apoio emocional e comunicação	7
15	Estudos sobre aplicações do consentimento informado	2
16	Estudo sobre as necessidades percebidas de pais e crianças	2
17	Estudos sobre preferências a respeito da divulgação do erro	4
18	Estudos sobre a percepção parental da sua capacidade de relatar erros	3
19	Estudos sobre a percepção no acesso a hospitais	2
20	Estudos de revisão sobre a importância da parceria com pais para a segurança da criança	3
21	Estudos de revisão sobre a importância e promoção da cultura de segurança hospitalar	4
22	Estudo sobre a percepção da participação e envolvimento parental nos cuidados	6
23	Estudo de caso de uma experiência relatada seguido de comentários do autor	2
24	Estudos sobre tempos de espera de atendimento e de internamento	2
25	Estudo sobre estratégias para tomada de decisão	1
26	Contexto não hospitalar: domicílio	1
27	Contexto: período pré-natal	1
28	Resumo de outro estudo já incluído	1
29	Estudo sem versão completa gratuita disponível	2
Total		110



APÊNDICE III - Instrumento de extração de dados da *scoping review*

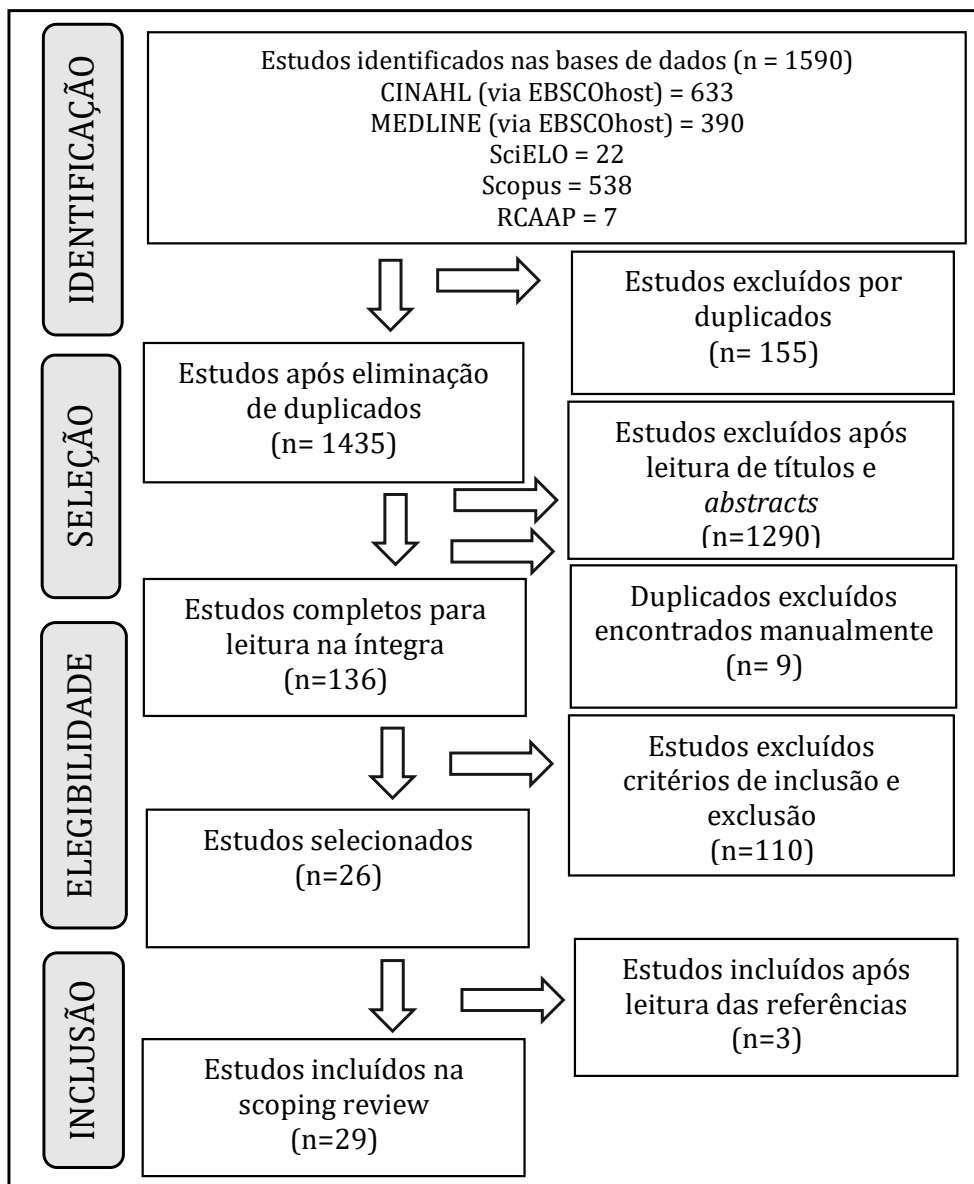


<b>Título da Scoping Review</b>	<b>Perceção da família sobre a segurança nos cuidados à criança hospitalizada</b>
<b>Objetivo</b>	Mapear na evidencia científica a perceção da família sobre a segurança dos cuidados à criança hospitalizada.
<b>Questões da Revisão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>i) Qual a perceção da família sobre a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada?</li> <li>ii) Quais os incidentes de segurança identificados?</li> <li>iii) Quais os fatores identificados como contribuintes para o cuidado inseguro?</li> <li>iv) Quais as sugestões referidas para promover a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada?</li> </ul>
<b>Critérios de Inclusão</b>	<p><b>População:</b> estudos que incluam a perceção de pais/familiares/acompanhantes/cuidadores de crianças hospitalizadas, independentemente da idade da criança (0-18 anos). Não serão aplicadas restrições de género, idade, etnia ou outras características pessoais.</p> <p><b>Conceito:</b> Serão incluídos estudos que se foquem na segurança do doente. Serão incluídos todos os estudos que abordem quaisquer fatores identificados pelos familiares relacionados com a segurança da criança hospitalizada.</p> <p><b>Contexto:</b> Estudos referentes a todos os contextos de prestação de cuidados hospitalares à criança, incluindo urgências, internamento de diversas especialidades, bloco operatório, cuidados intensivos e neonatologia. Não serão impostas restrições culturais ou geográficas.</p>
<b>Extração de dados e características dos estudos incluídos</b>	
<b>Autores</b>	
<b>Título</b>	
<b>Ano</b>	
<b>País</b>	
<b>Tipo de estudo</b>	
<b>Participantes</b>	
<b>Contexto</b>	
<b>Objetivos</b>	
<b>Principais resultados</b>	



APÊNDICE IV - Fluxograma do processo de seleção dos estudos da *scoping review*





Fluxograma do processo de seleção dos estudos (adaptado de Tricco et al., 2018)



APÊNDICE V - Características dos estudos incluídos na *scoping review*



<b>Autores Ano País</b>	<b>Tipo de estudo Participantes Contexto</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Principais Resultados</b>
(Wei et al., 2019)  EUA	Estudo Qualitativo  13 pais  Hospital infantil nos EUA	Conhecer a percepção de pais e profissionais de saúde sobre a qualidade do cuidado.	Pais referiram sentir-se seguros ao observarem como os profissionais tratavam os seus filhos com “compaixão e perícia”. Referem um aumento da sensação de segurança e proteção quando enfermeiros que não foram designados para cuidar dos seus filhos foram examiná-los e demonstravam interesse nas suas perguntas.
(Moura et al., 2020)  Brasil	Estudo Qualitativo  18 pais  Unidade Neonatal de Hospital do Sul	Conhecer a experiência dos pais como estratégia de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem	Pais identificaram 43 incidentes críticos. Referiram fragilidades quanto à administração de medicamentos, uso de equipamentos, inadequado posicionamento dos bebês, aquecimento após o banho, cuidados com a pele e incorreta higienização das mãos.
(Rodrigues et al., 2018)  Brasil	Estudo Qualitativo  23 familiares  Unidade Neonatal de um Hospital da região Sul	Analisar como os pais identificam a segurança do paciente em unidade neonatal	Familiares relataram preocupações no controlo do acesso à unidade, risco de infeção e comunicação. Sentiam-se seguros considerando existir estratégias para a segurança: restrição de visitas, comunicação efetiva, cuidado com empatia, controlo de infeção, avaliação do risco de queda, identificação do paciente e medidas para a correta prescrição/administração de medicamentos.
(Schaffer et al., 2000)  EUA	Estudo Qualitativo  1405 pais  Unidades de Hospital infantil	Compreender a satisfação dos pais sobre a comunicação, segurança e ambiente físico, para identificar oportunidades de melhoria do desempenho.	Pais expressaram receios e identificaram comportamentos dos profissionais que os fizeram sentir-se seguros. Os principais medos incluíam contrair infeções e rapto da criança. Gostariam que os enfermeiros observassem o seu filho com maior frequência e reforçaram a importância de uma comunicação aberta.
(Hoffmann et al., 2020)  Brasil	Estudo Qualitativo exploratório-descriptivo  91 familiares  3 Hospitais de Porto	Conhecer os principais incidentes de segurança reportados por familiares de pacientes internados em unidades	Familiares identificaram incidentes relacionados com medicação, higienização das mãos, utilização de EPI, fornecimento de dietas, quedas, comunicação, identificação e vigilância da criança, procedimentos e controlo de visitas. Reforçaram a importância da

<b>Autores Ano País</b>	<b>Tipo de estudo Participantes Contexto</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Principais Resultados</b>
	Alegre	pediátricas.	equipa refletir sobre o seu papel na transmissão de informações e orientações aos familiares.
(Harbaugh et al., 2004)  EUA	Estudo Qualitativo 19 pais  Unidade de Cuidados Intensivos do Centro-Oeste	Compreender as percepções dos pais sobre os comportamentos de cuidado dos enfermeiros	Pais referiram sentir-se mais seguros com a vigilância constante dos enfermeiros quando associada a comunicação e informação prestada adequadamente. Quando o comportamento dos enfermeiros foi percebido como descuidado e não protetor, o ambiente da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) foi identificado como inseguro.
(Bruyneel et al., 2017)  Bélgica	Estudo Qualitativo 333 pais  Hospitais Universitários de Lauven	Testar o <i>Child HCAHPS</i> (inquérito sobre experiências familiares de internamento) na Bélgica para instigar a comparação internacional.	Mais de 50% dos pais responderam negativamente sobre a aplicação de estratégias para a prevenção de erros e sobre orientações para reportar as suas preocupações. 84,6% referiram que foi realizada a identificação da criança antes da administração de medicamentos. Apenas 10,9% foram informados de como relatar erros.
(Wegner & Pedro, 2012)  Brasil	Estudo Qualitativo 15 familiares  Unidades pediátricas de um Hospital Universitário em Porto Alegre	Analisar como os familiares/acompanhantes e profissionais de saúde compreendem os eventos adversos nas situações de cuidado	Familiares consideram o hospital seguro apesar de identificaram falhas de medicação, comunicação, agravamento de saúde após procedimentos, risco de infeção, rácio inadequado de profissionais e prestação de cuidados que entendiam ser competência dos profissionais. Referem como estratégias: uso de tecnologias, comunicação efetiva, trabalho em equipa, cuidado individualizado, lavagem das mãos, esterilização de equipamentos e orientação e supervisão dos cuidados.
(Rosenberg et al., 2016)  EUA	Estudo Qualitativo 12 pais  Enfermaria de Hospital Urbano	Descrever as perspetivas das famílias sobre a segurança dos seus filhos hospitalizados.	Além da redução do dano, pais consideraram que a segurança envolve o conforto. Observaram comportamentos promotores de segurança e identificaram falhas na comunicação e nas condições ambientais. Referiram que a sua relação com os profissionais afeta os cuidados. Sublinharam a

<b>Autores Ano País</b>	<b>Tipo de estudo Participantes Contexto</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Principais Resultados</b>
			importância da comunicação eficaz. Sugerem a fixação de recomendações de segurança.
(Stubblefield & Murray, 1999) EUA	Estudo Qualitativo 15 pais Hospital Infantil do Centro-Oeste	Determinar como os pais de filhos submetidos ao transplante de pulmão vivenciam e respondem às relações com os profissionais de saúde	Pais referiram maior sensação de segurança quando os profissionais demonstram importar-se com os seus filhos, enfatizaram o valor da continuidade de cuidados e da inclusão na equipa. Descreveram uma sensação de abandono quando a condição dos seus filhos se agravava, referindo necessidade de uma maior atenção por parte dos profissionais.
(Franco et al., 2020) Brasil	Estudo Qualitativo 18 familiares Unidade Pediátrica do Hospital Universitário de São Paulo	Conhecer o significado atribuído pelos familiares à segurança do paciente pediátrico, com atenção às possibilidades da sua colaboração	Os familiares reconheceram riscos para o erro e danos nos cuidados. Identificaram-se como elementos de apoio na minimização de incidentes, valorizando uma abordagem centrada na criança e na família, considerando a parceria de cuidados como oportunidades de promover a segurança.
(Sobo et al., 2002) EUA	Estudo Qualitativo 20 pais Unidade de Oncologia Pediátrica	Identificar fraquezas do sistema e elaborar estratégias para evitar erros futuros a respeito da administração de medicamentos.	Pais referiram como principais preocupações de segurança a administração de medicação e falhas na comunicação. Reconheceram que o erro pode ocorrer pelo envolvimento de muitos profissionais. Gostariam que os enfermeiros informassem do nome dos medicamentos, uniformização de procedimentos e igualdade nas informações fornecidas aos pais.
(Tarini et al., 2009) EUA	Estudo Qualitativo 278 pais Hospital Pediátrico	Determinar a percentagem de pais preocupados com erros médicos e a relação com as interações médicas.	63% dos pais referiram necessidade de vigiar os cuidados hospitalares dos seus filhos para garantir que não são cometidos erros. Pais com menor domínio da língua inglesa e menor confiança na interação com os profissionais demonstraram ser os mais propensos a relatar a necessidade de cuidar e supervisionar os cuidados aos seus filhos.
(Lima et al., 2017) Brasil	Estudo Qualitativo 40 acompanhantes Unidade pediátrica	Conhecer a opinião do acompanhante da criança hospitalizada quanto à qualidade e	Pais referiram falhas na identificação do paciente, higienização das mãos, administração de medicamentos, prevenção de quedas e lesões cutâneas. Relataram preocupações com a integridade

<b>Autores Ano País</b>	<b>Tipo de estudo Participantes Contexto</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Principais Resultados</b>
	de um hospital universitário de Goiás	segurança da assistência de Enfermagem	do cuidado, competências profissionais, administração de medicamentos, controlo de infeção e presença de estranhos na unidade. Enfatizaram aspetos pessoais e relacionais para um cuidado seguro: atenção, capacidade técnica, paciência, carinho, habilidade de comunicação, educação e respeito.
(Biasibetti et al., 2019) Brasil	Estudo Qualitativo 94 familiares Unidades de internamento Pediátrico de 3 hospitais de Porto Alegre	Analisar a perceção dos profissionais e familiares sobre a comunicação para a segurança do paciente no internamento pediátrico.	A maioria dos acompanhantes compreende que ser informado sobre os medicamentos e procedimentos realizados permite um olhar mais atento, aumentando a segurança da criança. Referiram que a comunicação com os profissionais possibilita que sejam orientados sobre a melhor forma de participar do cuidado, evitando riscos à saúde da criança.
(Khan et al., 2017) EUA	Estudo de Coorte prospetivo 717 pais 4 Unidades Pediátricas Hospitalares	Comparar erros médicos e eventos adversos (EAs) identificados pelos familiares com os incidentes notificados pelo hospitalar.	Pais relataram preocupações das quais 51,8% foram classificadas como reais preocupações de segurança, 40% preocupações de qualidade não relacionadas à segurança e 8,2% outras preocupações. EAs identificados incluíram: múltiplas picadas de agulha, atrasos no tratamento, doses incorretas e efeitos adversos de medicamentos.
(Witanowska et al., 2019) Polónia	Estudo Misto 110 pais Enfermarias pediátricas de hospitais	Esclarecer se o processo de hospitalização é uma situação difícil para a criança na opinião dos seus pais e equipe médica.	92% dos pais consideraram que os enfermeiros possuem um elevado nível de competências. 57,9% consideraram que os enfermeiros garantem não apenas a segurança física, assim como a psicológica. Referiram que uma boa relação entre a equipa e familiares favorece a troca de informações, podendo ter impacto na mudança de atitudes e promoção da segurança.
(Silva et al., 2012) Brasil	Estudo Qualitativo 13 familiares UCIP de Hospital Pediátrico de Porto	Descrever os eventos adversos identificados pelo familiar/ cuidador numa UCIP.	Familiares relataram fraca prestação de cuidados, poucos conhecimentos científicos e falta de informação disponibilizada. Relataram sentir-se inseguros quando excluídos do tratamento. Como aspetos promotores da segurança, consideraram o

<b>Autores Ano País</b>	<b>Tipo de estudo Participantes Contexto</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Principais Resultados</b>
	Alegre		cuidado com afeto e o uso de tecnologias. Sugerem como estratégias: mais profissionais qualificados, recurso a tecnologia avançada, orientações segundo necessidades das famílias.
(Peres et al., 2018) Brasil	Estudo Qualitativo 24 cuidadores 3 serviços de Internamento Pediátrico de Hospital Universitário do Sul	Conhecer a percepção de familiares e cuidadores quanto à Segurança do Paciente em Unidades de Internamento Pediátrico	Pais possuem conhecimentos limitados sobre o conceito de segurança. Referiram não considerar erro quando não resulta em prejuízo. Identificaram falhas a respeito de medicação, comunicação, identificação do paciente e controlo de infeção. Sentiram-se inseguros quando excluídos dos cuidados ou quando percebida comunicação ineficaz. Consideraram a sua presença essencial para o cuidado seguro. Apresentaram como sugestões: aumento de qualificação profissional e prestação de informação aos familiares.
(Hoffmann et al., 2019) Brasil	Estudo Qualitativo 40 cuidadores 3 Unidades Hospitalares de Porto Alegre	Analisar os incidentes de segurança do paciente identificados por cuidadores de crianças hospitalizadas	Cuidadores referiram incidentes a respeito de quedas, alimentação, identificação paciente/cuidador, medicação, higienização das mãos, ambiente hospitalar, infeções nosocomiais e realização de procedimentos. A comunicação e relação entre cuidadores e profissionais foram os principais fatores relatados para os incidentes de segurança.
(Khan et al., 2016) EUA	Estudo Qualitativo 471 pais Hospital pediátrico de Boston	Determinar a frequência com que os pais vivenciam incidentes de segurança e a proporção dos que correspondem a definições EAs	8,9% dos pais relataram incidentes de segurança. Desses, 62,2% foram classificados como reais incidentes de segurança pelos autores. Os erros prejudiciais mais relatados relacionaram-se com procedimentos ou diagnóstico, enquanto os erros/quase erro não prejudiciais pareceram ser mais relacionados com a medicação.
(Cox et al., 2013) EUA	Estudo Misto 172 pais	Compreender as percepções dos pais acerca do ambiente de segurança hospitalar	De forma geral, os pais consideraram o ambiente de segurança da instituição positivo, tendo sido a disponibilidade para a comunicação o aspeto mais referido. Por sua vez, 39% dos pais concordaram ou

<b>Autores Ano País</b>	<b>Tipo de estudo Participantes Contexto</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Principais Resultados</b>
	3 unidades de Hospital Infantil Universitário	através da ferramenta AHRQ	concordaram fortemente que precisavam zelar pelos cuidados para evitar os erros.
(Daniels et al., 2012)  Canada	Estudo Misto  544 familiares  1 Enfermaria do Hospital Infantil da Colúmbia Britânica	Identificar os resultados da introdução de um sistema de notificação de eventos adversos para familiares de crianças internadas num serviço cirúrgico	Dos eventos adversos identificados pelas famílias, apenas 48% foram consideradas preocupações legítimas de segurança do paciente segundo autores do estudo. 66% das famílias referiram acreditar que os profissionais estavam conscientes das preocupações relatadas. A falta de comunicação foi o problema mais identificado como potenciador de evento adverso.
(Lachman et al., 2015)  Inglaterra	Estudo Qualitativo  85 familiares  Hospital Pediátrico Great Ormond Street	Testar uma ferramenta de relato de incidentes por pacientes e familiares de modo a sensibilizar a equipa para melhorar a segurança	O maior número de preocupações de segurança foi sobre falhas na comunicação, seguido de relatos de atrasos significativos no internamento e na prestação de cuidados, além de problemas relacionados com a limpeza e higiene. Os pais relataram sentimentos de vulnerabilidade quando os seus filhos são internados no hospital.
(Shala et al., 2019)  Austrália	Estudo Qualitativo  23 pais  Hospital Pediátrico de Sydney	Explorar o conhecimento e consciencialização dos pais sobre quedas em crianças hospitalizadas	Mais de 50% dos pais desconheciam a ocorrência de quedas no internamento mas expressaram preocupação. Alguns, por experiências passadas, adotavam mais estratégias de prevenção. Referiram não receber educação sobre quedas e desconheciam a avaliação do risco. Acreditavam que a sua presença e supervisão reduzia o risco de queda.
(Sobo, 2005)  EUA	Estudo Qualitativo  35 pais  Hospital Pediátrico de San Diego	Compreender quais as preocupações de segurança de pais de pacientes pediátricos submetidos a cirurgia.	Pais consideravam os cuidados seguros. As preocupações relacionavam-se com a anestesia, complicações e vulnerabilidade pela imaturidade física. Não consideravam a equipa culpada de complicações. Fatores tranquilizadores relatados: ser uma cirurgia de baixo risco, experiências anteriores, confiança na equipa, oportunidade de esclarecimentos e verificação de identidade.

<b>Autores Ano País</b>	<b>Tipo de estudo Participantes Contexto</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Principais Resultados</b>
(Mazor et al., 2010)  EUA	Estudo Qualitativo  35 pais  Hospital Pediátrico	Explorar as percepções dos pais relacionadas a eventos que acreditavam ser erros médicos nos cuidados aos seus filhos.	A causa erros médicos mais citada foi a falta de rigor profissional, seguida de falta de conhecimentos, habilidades, experiência ou competências, tempo insuficiente com o paciente e falta de comunicação. Referiram que alguns profissionais descartavam as suas preocupações e não procuravam aconselhamento entre colegas.
(Lyndon et al., 2014)  EUA	Estudo Qualitativo  46 pais  UCIN de um Hospital Académico	Descrever como os pais compreendem a segurança da criança e as suas preocupações sobre segurança	Pais apresentaram confiança na equipa e sentimentos de segurança nos cuidados. Viam a segurança como uma combinação de 3 dimensões: física (práticas seguras), desenvolvimento (interação, crescimento e vínculo) e emocional (confiança nos profissionais, prestação de informações e envolvimento dos cuidados). Identificaram a qualidade e a consistência dos cuidados como fundamentais. Referiram preocupação com a habilidade de alguns profissionais e de não “conhecerem o bebê”.
(Massa et al., 2019)  Colômbia	Estudo Qualitativo  163 cuidadores  Hospital Pediátrico de Cartagena	Identificar a percepção dos cuidadores sobre as condições de segurança do cuidado num hospital pediátrico	Os cuidadores referiram sentir segurança nos cuidados prestados motivada pela confiança nos profissionais. Identificaram como incidentes mais comuns flebites e reações a medicamentosas e como menos comuns quedas, infeções e úlceras por pressão.



APÊNDICE VI - Póster “Perceção da família sobre a segurança nos cuidados à criança hospitalizada: *scoping review*” apresentado no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.





## Percepção da família sobre a segurança nos cuidados à criança hospitalizada: scoping review

Correia, Maria João <sup>a</sup>; Sousa, Mariana <sup>b</sup>; Berenguer, Sílvia <sup>b</sup>; Charepe, Zaida <sup>b</sup>; Lourenço, Margarida <sup>b</sup>; Nunes, Elisabete <sup>c</sup>

Afiliação: <sup>a</sup> Enfermeira na Unidade de Infecção do Hospital Dona Estefânia, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; <sup>b</sup> Professora Auxiliar, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; <sup>c</sup> Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

### INTRODUÇÃO

A segurança dos cuidados é um dos pilares fundamentais para a qualidade dos cuidados de saúde (OMS, 2020). Os familiares das crianças são parceiros importantes na garantia da sua segurança física e emocional (Franco et al., 2020). A sua percepção, poderá sinalizar a existência de falhas no cuidado e no sistema organizacional contribuindo para o planeamento de novas estratégias e práticas mais seguras (Arnuda et al., 2017).

### MATERIAIS E MÉTODOS

A revisão de scoping foi realizada de acordo com a metodologia Joanna Briggs Institute (2020).  
**Questão de revisão:** Qual a percepção da família sobre a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada?  
**Estratégia de pesquisa:** foram utilizadas as bases de dados CINAHL e MEDLINE (via EBSCOhost), Scielo, Scopus e RCAAP, com recurso a descritores e termos livres como "Parents" OR "Caregivers" OR "Family" AND "Patient Safety" OR "Child Safety" AND "Pediatric Units" OR "Hospitalized Children", nos idiomas português, inglês, espanhol e francês, a partir do ano 1999.  
**Seleção e análise dos estudos:** foram utilizados os softwares Zotero (6.0.6/2022) e Rayyan QCR1<sup>®</sup>. Foi utilizado o diagrama de fluxo PRISMA-ScR.  
**A pesquisa, análise da relevância dos estudos, extração e síntese dos dados foram realizadas entre os meses de março e maio de 2022, por dois revisores independentes.**

### RESULTADOS

- Após seleção de 1590 estudos, foram incluídos 29.
- Em 28% dos estudos, os familiares consideraram os cuidados prestados seguros (Cox et al., 2013; Lyndon et al., 2014; Massa et al., 2019; Rodrigues et al., 2018; Schaffer et al., 2000; Sobó, 2005; Wegner & Pedro, 2012; Wei et al., 2019).
  - Foram relatadas preocupações e identificados incidentes de segurança relacionados com: a administração de medicação (24%) (Hoffmann et al., 2019, 2020; Khan et al., 2016, 2017; Hoffmann et al., 2019, 2020; Lima et al., 2019, 2020; Lima et al., 2017; Peres et al., 2018), quedas (14%) (Hoffmann et al., 2019, 2020; Khan et al., 2019, 2020; Khan et al., 2016), comunicação (10%) (Hoffmann et al., 2019, 2020; Peres et al., 2018), fornecimento de dietas (7%), (Hoffmann et al., 2019, 2020) flebitis e lesões cutâneas (7%), (Lima et al., 2017; Massa et al., 2019) múltiplas picadas de agulha (3%) (Khan et al., 2017), atrasos no tratamento (3%) (Khan et al., 2017) e vigilância da criança e controlo de visitas (3%) (Hoffmann et al., 2020).
  - A causa mais referida para o cuidado inseguro, foi o défice na comunicação entre equipa e entre a mesma e os familiares (31% dos estudos) (Daniels et al., 2012; Hoffmann et al., 2019; Lachman et al., 2015; Mazor et al., 2010; Peres et al., 2018; Rodrigues et al., 2018; Silva et al., 2012; Sobó et al., 2002; Wegner & Pedro, 2012).
  - Como fatores promotores de uma maior percepção de segurança, referiram: a sua presença de forma a garantir que não seriam cometidos erros (17% dos estudos) (Cox et al., 2013; Franco et al., 2020; Peres et al., 2018; Shala et al., 2019; Tanni et al., 2009); a atenção, paciência, carinho, habilidade de comunicação, educação, respeito e cuidado com "compaixão e perícia" (10% dos estudos) (Schaffer et al., 2000; Silva et al., 2012; Wei et al., 2019).
  - Os familiares sugeriram uma maior vigilância por parte dos profissionais de saúde (Schaffer et al., 2000; Subblefield & Murray, 1998) e reforçaram a importância de uma comunicação aberta. (Blasibetti et al., 2019; Hoffmann et al., 2020; Peres et al., 2018; Rodrigues et al., 2018; Schaffer et al., 2000; Wegner & Pedro, 2012). Em relação às organizações de saúde, a evidência sugere um maior controlo e restrição de visitas, maior atenção no controlo de infeção, (Rodrigues et al., 2018) maior orientação e supervisão dos cuidados, (Wegner & Pedro, 2012) utilização de tecnologias avançadas (Silva et al., 2012; Wegner & Pedro, 2012) e aumento de qualificação profissional. (Peres et al., 2018; Silva et al., 2012)

### OBJETIVO

Mapear na evidência científica a percepção da família sobre a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada.

### Critérios de inclusão

Participantes: Pais/familiares/cuidadores/acompanhantes de crianças hospitalizadas (0-18 anos)  
 Conceito: Segurança do paciente  
 Contexto: Todos os contextos de prestação de cuidados hospitalares à criança

### CONCLUSÃO

Os resultados obtidos vieram permitir compreender a percepção dos familiares sobre a segurança dos cuidados à criança hospitalizada, possibilitando aos profissionais e organizações de saúde, repensar as suas práticas e a importância do envolvimento dos familiares. A atual scoping review veio contribuir para a investigação em Enfermagem no âmbito da segurança, através do mapeamento de estudos realizados.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS





APÊNDICE VII – Guião do *Focus Group* aplicado no estágio de Cuidados de Saúde Primários



## PLANO DE *FOCUS GROUP* – Promover a Segurança Infantil

Moderadora: Mariana Sousa

Local: sala de reuniões da USF [REDACTED]

Dia e hora: 13/09/22 as 13h

Participantes: enfermeiros da USF [REDACTED]

Objetivos: Identificar problemas de segurança da criança e oportunidades de melhoria para implementação de novas ações na USF [REDACTED]

Para a realização do *Focus Group* foi elaborado um guião semi-estruturado, que funcionou como orientador no decorrer do *Focus Group*.

### **Guião**

- Quais as dúvidas de segurança mais frequentemente relatadas pelas famílias?
- Quais os incidentes de segurança da criança mais prevalentes que tenham sido detetados nas consultas de SIJ? (quedas, queimaduras, uso inadequado de equipamentos)
- O que projetos/atividades considerariam benéficas para implementação na USF no sentido da promoção da segurança infantil?
- Existem recursos disponíveis para implementação na USF e possibilidade de implementação dessas atividades/projetos na USF [REDACTED]?



APÊNDICE VIII – Reflexão Individual - estágio de Cuidados de Saúde Primários





# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

Ano letivo: 2022/2023

## **Reflexão Crítica**

Contexto de estágio: Cuidados de Saúde Primários

Discente:

Mariana Serpa Teixeira de Sousa nº192021082

Docente orientador:

Professora Doutora Margarida Lourenço

Enfermeira orientadora:



Setembro, 2022

## INTRODUÇÃO

No âmbito da UC Estágio Final e Relatório, inserida no Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, encontro-me atualmente a realizar estágio na USF do [REDACTED].

Para cada contexto de estágio, foi-nos proposta a realização de um Projeto Individual de Aprendizagem, onde foram estipulados os objetivos e atividades a desenvolver.

A realização da atual Reflexão Crítica surgiu como uma atividade que me propus realizar, sendo essencial o exercício da reflexão crítica para a estruturação do pensamento e desenvolvimento de espírito crítico, permitindo a melhoria contínua no desenvolvimento das minhas competências, assim como crescimento pessoal e profissional.

A reflexão crítica será realizada segundo o ciclo de Gibbs, partindo de uma experiência vivenciada, envolvendo as seguintes etapas: descrição, pensamentos e sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação (Gibbs, 1988)

A atual reflexão crítica surge no contexto de uma reunião com uma enfermeira da UCC [REDACTED], tendo sido uma experiência que veio permitir uma reflexão aprofundada e desenvolvimento de espírito crítico, tanto durante a experiência, como posteriormente, sobre um tema de elevado interesse: a referenciação de crianças e jovens em risco pelos enfermeiros e a sua colaboração com o Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (NACJR).

## REFLEXÃO CRÍTICA

### Descrição

Atualmente encontro-me a estagiar na USF [REDACTED]. Tendo demonstrado interesse em compreender a articulação da mesma com entidades de intervenção na comunidade junto de crianças e jovens da mesma área de abrangência, surgiu a oportunidade de agendar uma reunião com uma enfermeira da UCC [REDACTED].

No dia 12/09/22 contactei telefonicamente a enfermeira da equipa da UCC do [REDACTED], tendo ficado agendada uma reunião com a mesma no dia 16/09/22 pelas 12h, nas instalações da UCC. Apresentei-me nas instalações no dia e hora marcada e fui de imediato muito bem recebida pela enfermeira que me chamou para um gabinete onde nos sentámos as duas, lado a lado, para iniciar a reunião.

Após apresentações, a enfermeira começou por me perguntar quais seriam os meus objetivos com a reunião, tendo respondido que pretendia compreender a intervenção da UCC [REDACTED] junto das crianças e jovens no âmbito da comunidade e a sua articulação com a USF [REDACTED].

A enfermeira começou por explicar a intervenção dos enfermeiros da UCC do [REDACTED] e a sua integração em diversos programas direcionados a crianças e jovens da sua área geográfica, nomeadamente: a Saúde Escolar, Intervenção Precoce e NACJR, explicando de uma forma resumida a sua intervenção e a colaboração com a USF [REDACTED].

Após esclarecimento de algumas dúvidas e compreensão dos aspetos abordados, apresentei um maior interesse em compreender a intervenção do NACJR, tendo sido a restante reunião direcionada para esse programa. Informou-me que a própria fazia parte do núcleo, em colaboração com uma assistente social e psicóloga e que de momento estaria em falta um médico que também deveria integrar a equipa.

Foram abordadas as diferentes fases do processo de referenciação das crianças e jovens em risco e dos intervenientes envolvidos. Explicou-me a relação entre o NACJR, as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e o tribunal e de que forma estes dois últimos se envolviam no processo quando a intervenção do NACJR não conseguia os resultados pretendidos.

Explicou os objetivos do NACJR, constituindo uma equipa que atua no primeiro nível de intervenção, assegurando o acompanhamento de casos de crianças e jovens em risco que tenham sido referenciadas. Que a sua intervenção passava pela gestão de recursos

comunitários por forma a resolver a situação de risco para a criança e jovem. No sentido de me ajudar a compreender melhor todo o processo na prática, mostrou-me ainda alguns casos que acompanhava.

Foi ainda abordada a necessidade de níveis superiores de intervenção imediata, em casos de suspeita de perigo, por violência ou abuso sexual em criança ou jovem: que em hospital, a criança teria de ficar internada não podendo sair até deliberação do tribunal, que este retiraria a guarda aos pais durante 48h e seria observada pelo Instituto de Medicina Legal para apuramento. Relatou ainda um caso experienciado em contexto de CSP, em que terá identificado um caso de abuso sexual em criança e como procedeu.

Durante a reunião foram realizadas algumas partilhas por ambas as partes.

Partilhei entender, de uma forma geral, a existência de um grande receio por parte dos profissionais de saúde na abordagem e comunicação com as famílias em caso de suspeita, além da existência de dúvidas sobre como atuar em determinadas situações. Demonstrei considerar que os profissionais deveriam estar mais informados e capacitados para saber intervir de forma adequada. Entendimento este, que resultava de eu própria sentir esses mesmos receios e dúvidas e perceber o mesmo por parte de colegas. Partilhei ainda entender que da parte dos familiares a referenciação é vista como uma ameaça.

Perante a minha partilha, a enfermeira referiu partilhar a mesma perceção, tanto a respeito dos profissionais de saúde, como dos familiares e reforçou “o superior interesse é o bem da criança, no NACJR não queremos retirar as crianças das suas famílias, além de que as instituições também não são locais ideais para se crescer, pretendemos sim gerir recursos, para com as famílias aprender formas de resolver a situação” (sic).

Foram partilhadas mais algumas ideias e a reunião deu-se por terminada pelas 14h. Agradei à enfermeira que se mostrou disponível para esclarecimentos futuros e ausentei-me das instalações.

### **Pensamentos e sentimentos**

Durante a reunião apercebi-me que realmente não me encontrava devidamente informada sobre todo o processo de que envolve a referenciação de crianças e jovens em risco. Embora pensasse previamente que não compreendia o todo, tendo por isso procurado junto da enfermeira mais informação, ao longo da reunião senti-me até um pouco indignada comigo mesma, pensando que os meus conhecimentos sobre a área eram de facto algo limitados.

Pensei então que enquanto enfermeira generalista e especialmente enquanto futura EEESIP, tal nunca deveria acontecer, sendo responsabilidade da profissão proteger as crianças e jovens e intervir contra qualquer situação que as coloque em risco ou perigo. Para isso, deveria já saber como proceder adequadamente em situações de suspeita de maus-tratos contra crianças e jovens nos diferentes contextos.

Relembrei experiências passadas em contexto profissional em que identifiquei situações de suspeita de maus-tratos em crianças internadas e que passei essa informação em passagem de turno, mas que por sua vez, a minha intervenção nesse âmbito terá terminado aí, tendo posteriormente ficado a saber que teriam sido referenciadas para o NACJR por notificação pela equipa médica.

Senti que ainda existia um longo caminho a percorrer, pois considerei que as minhas dificuldades eram partilhadas também por muitos colegas. No entanto, senti-me motivada a aumentar os meus conhecimentos nesta área e desenvolver mais competências para atuar de forma adequada e que enquanto futura EEESIP me cabia também a responsabilidade acrescida de intervir neste âmbito na sensibilização junto de colegas.

### **Avaliação**

Considero que todas as experiências quando acompanhadas do exercício reflexivo são uma oportunidade para aprendizagem e desenvolvimento contínuo, tanto pessoal, como profissional. Desta forma, avalio a reunião como tendo sido uma experiência positiva, tendo-me proporcionado o exercício reflexivo e desenvolvimento de pensamento crítico, tanto no momento, como posteriormente.

Avaliando a origem dos meus pensamentos e sentimentos, acredito que a minha “imaturidade” a respeito do processo de referenciação resultou de ao longo da minha experiência profissional este ter sido sempre facilitado. Ou seja, no serviço em que exerço funções, em qualquer situação de suspeita de maus-tratos a crianças e jovens, a responsabilidade de referenciação coube sempre a cargo da equipa médica a quem foi transmitida a informação. Desta forma, ao longo da minha prática profissional não terei identificado como uma intervenção que necessitasse de desempenhar, não tendo procurado aprofundar mais o tema o que identifiquei com tendo sido um aspeto negativo. Compreendo agora, que ainda assim, seria minha responsabilidade compreender o processo, as pessoas envolvidas e saber como atuar, não apenas como enfermeira, mas até como cidadã, sendo a referenciação um processo que pode ser realizado por qualquer pessoa.

Considero que a experiência vivenciada me fez lembrar os desafios e dúvidas que experienciei enquanto enfermeira neste âmbito e veio reforçar a importância de com esses mesmos desafios, procurar aprender continuamente, sendo apenas assim possível melhorar competências e a prática profissional.

Tal como descrito no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no seu Artigo 109, no sentido da excelência do exercício, o enfermeiro assume o dever de: “a) Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (OE, 2015, p.8103). Considero que com a experiência vivenciada consegui também analisar falhas na minha prática passada, reconhecendo aspetos menos positivos, para que possa agora então trabalhar no sentido da procura da excelência do exercício.

### **Análise**

De acordo com a DGS (2008), citando Magalhães (2002), os maus-tratos podem ser definidos como qualquer forma de tratamento físico e/ou emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e/ou carências nas relações entre crianças e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e poder. Podem manifestar-se através de comportamentos ativos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados e/ou afetos).

Os maus-tratos apresentam repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos indivíduos, em particular nas crianças e jovens, podendo causar sequelas físicas, cognitivas, afetivas e sociais, irreversíveis, a médio e longo prazo ou, mesmo, provocar a morte (DGS, 2008).

É sabido que no exercício das suas funções, os profissionais de saúde, em especial os que trabalham na área da pediatria, contactam diretamente e de forma regular com crianças e jovens, apresentam conhecimentos acrescidos a respeito do crescimento, desenvolvimento e processos de saúde-doença, o que lhes permite um olhar mais apurado para a identificação de situações de risco e perigo de maus-tratos em crianças e jovens. Apresentam-se assim, como intervenientes de primeira linha, com legitimidade legal e deontológica, para atuar no sentido de garantir a proteção das crianças e jovens.

### Obstáculos/dificuldades identificadas

Apesar da legitimidade legal e deontológica da profissão para atuar em caso de suspeita de maus-tratos, considero que muitos de nós, enquanto enfermeiros, não nos

encontramos ainda devidamente preparados para intervir adequadamente, existindo muitas dúvidas e receios neste âmbito. Tal pensamento, surgiu ao lembrar conversas partilhadas com diferentes colegas de contextos de trabalho distintos, que se encontraram perante casos de suspeita de maus-tratos em crianças e jovens e partilharam comigo também dificuldades em saber como proceder e como abordar o assunto com as famílias.

Através da reunião, foi-me assim possível refletir sobre a intervenção efetiva dos enfermeiros neste âmbito, tendo identificado alguns obstáculos/dificuldades na atuação, também partilhados por mim: a falta de informação e conhecimentos em geral a respeito do processo de referenciação e dos intervenientes envolvidos, dificuldades na comunicação para abordar o assunto com as famílias em caso de suspeita, receios de suspeitar ou culpar erradamente pais ou cuidadores e perder a confiança da família, dúvidas a respeito da violação do direito de confidencialidade, dúvidas sobre o benefício da abertura do processo de referenciação e preocupações com a capacidade de resolução do problema identificado e até receio pela segurança pessoal.

No sentido de compreender a veracidade da minha perceção, realizei investigação por meio de pesquisa de artigos científicos em bases de dados e encontrei de facto artigos que vêm reforçar este aspeto: que os enfermeiros passam por muitos desafios para responder a situações maus-tratos, apresentando muitas vezes receio de cometer erros e dificuldades na partilha de informações (Lines et al., 2020); verifica-se existir lacunas evidentes na compreensão da direção da intervenção nos casos identificados, reforçando a imperativa necessidade de capacitação dos enfermeiros neste âmbito, são ainda referidos receios relacionados com a própria segurança (Souza & Santos, 2015); que os enfermeiros sentem falta de formação na área dos maus-tratos e na comunicação/relacionamentos interpessoais, sobretudo na forma de abordagem destes problemas com a criança/família (Silva et al., 2014).

Creio que as dúvidas e receios partilhados, tanto por mim, como por colegas, resultam de os casos de suspeita se apresentarem como situações de maior complexidade e do facto da formação de base na licenciatura em enfermagem a respeito do processo de referenciação e intervenção ser insuficiente, desta forma, penso que deveria existir uma maior formação sobre este aspeto.

Da mesma forma, considero essencial existir um investimento por parte dos profissionais de saúde em melhorar as suas competências de forma contínua, essencialmente nas áreas em que se apercebem apresentar menores capacidades. Deve ser incentivada a troca

de saberes entre os profissionais, a cooperação multidisciplinar e uma responsabilidade acrescida na sensibilização das equipas, essencialmente por parte dos EEESIP pelas suas competências acrescidas.

Tal como descrito na unidade de competência E1.2., do Regulamento das Competências do EEESIP, o EEESIP “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” inserindo-se assim esta matéria no domínio das competências do enfermeiro EEESIP. Dentro desta unidade de competência, inserem-se ainda diversos critérios, nomeadamente: “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” (OE, 2018, p. 19193).

Também de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do EE, descrito na competência A2, o EE “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019, pp. 4746) e ainda de acordo com a competência C1 “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (OE, 2019, pp. 4748).

Face à identificação deste problema, é urgente a maior sensibilização, formação e desenvolvimento de competências dos profissionais para garantir a efetiva segurança e proteção das crianças e jovens, sendo aqui essencial o papel do EEESIP. Sendo os profissionais de saúde intervenientes de primeira linha na promoção dos direitos das crianças e jovens e na sua proteção em relação ao perigo, sendo entendidos como entidades privilegiadas na deteção, sinalização e prevenção de maus-tratos, parece existir ainda um longo e necessário caminho a percorrer.

### Comunicação com a família

Após compreensão dos objetivos do NACJR, através da reunião com a enfermeira, que me levou a consultar o despacho “Crianças e Jovens em Risco – Projeto de Intervenção nos Serviços de Saúde” (DGS, 2007) e o despacho n.º 31292/2008, sobre a intervenção dos profissionais de saúde no domínio dos maus tratos em crianças e jovens (Ministério da Saúde, 2008), concluí que de facto, que se todos os enfermeiros realizassem a mesma leitura e compreendessem também de forma clara os objetivos e forma de intervenção dos diferentes recursos disponíveis, teriam uma maior facilidade na abordagem junto dos familiares.

Pensando na minha experiência profissional, como referi anteriormente, o facto do processo me ter sido de certa forma sempre facilitado, não levou a que tivesse procurado explorar mais este tópico de forma autónoma no passado. No entanto, é facto que um profissional mais informado é capaz de apresentar, sem qualquer dúvida, uma resposta mais adequada.

Considero que para o desenvolvimento de uma comunicação adequada junto das famílias em casos de suspeita de maus-tratos, os enfermeiros devem primeiramente estar informados sobre todo o processo e os seus intervenientes. Só assim, poderão então depois ser capazes de demonstrar as preocupações identificadas e explicar a necessidade da colaboração com o NACJR ou outras entidades para o melhor interesse para a criança, junto da família.

Compreendendo que a comunicação junto da família, em caso suspeita de maus-tratos, apresente uma complexidade aumentada, considero ser importante o desenvolvimento de competências acrescidas no âmbito da comunicação. Considero que a abordagem por parte de um profissional mal informado ou com uma comunicação inadequada poderá aumentar conflitos entre os familiares e os profissionais de saúde, com consequências para a segurança da criança, sendo essencial o desenvolvimento destas competências. Considero ser essencial a demonstração de preocupação junto da família e que, dentro do possível, o tema seja abordado de uma forma não incriminatória, mas sim demonstrando necessidade de apuramento e intervenção, no sentido do melhor interesse para a criança.

### Reflexões adicionais

A reunião com a enfermeira fez-me refletir a respeito da minha intervenção enquanto enfermeira em contexto de internamento, na atuação dos enfermeiros no contexto atual de estágio de CSP e na visão do futuro, enquanto futura EEESIP.

Os conteúdos abordados na reunião fizeram-me refletir sobre a minha capacidade de identificar fatores de risco nas dinâmicas familiares, assim como sinais e sintomas das crianças e jovens de que poderiam estar em risco ou em perigo de alguma forma. A respeito deste aspeto, considero apresentar um olhar atento, tendo identificado alguns casos de suspeita de maus-tratos ao longo da minha prática profissional, pelo que acredito que a minha dificuldade residia exatamente no que fazer de seguida, como referi anteriormente, em que o meu papel a partir de então era limitado.

Desde que iniciei estágio no atual contexto no âmbito dos CSP, até à data atual, não foram identificados casos de suspeita de crianças ou jovens em risco que justificassem

referenciação para o NACJR. Consegui, por sua vez, compreender como devem proceder os enfermeiros neste contexto e nos restantes.

Consegui identificar em algumas famílias a necessidade de reforçar alguns ensinamentos sobre questões de segurança, noutras uma necessidade de maior incentivo à interação e promoção de atividades para o desenvolvimento adequado da criança de acordo com a sua idade e o reforço da necessidade de presença em consultas de vigilância de saúde, tendo por sua vez, intervindo nesse sentido. Intervenções estas, que considere adequadas no sentido de promover o desenvolvimento adequado da criança e redução de riscos e que se encontram igualmente definidas enquanto atividades a desenvolver enquanto futura EEESIP.

Tal como se encontra descrito no Regulamento das Competências do EEESIP, inseridos na unidade de competência 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”, são também critérios de intervenção do EEESIP: “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” (OE, 2018, p. 19193).

Considero que a realização do atual estágio contribuiu para uma compreensão alargada da intervenção dos enfermeiros em CSP e em especial do papel do EEESIP neste contexto. Permitiu ainda o desenvolvimento de novas aprendizagens e competências para aplicação em diferentes contextos, no sentido da melhoria contínua.

## **Conclusão**

O exercício da reflexão veio permitir o desenvolvimento do pensamento crítico com um olhar distanciado da experiência, possibilitando uma análise a respeito dos diferentes aspetos abordados.

Neste momento, a partir da reflexão que me levou ainda a consultar documentos orientadores, encontro-me com mais ferramentas para uma abordagem mais adequada neste âmbito.

Acredito e sinto, que com todas as novas aprendizagens adquiridas, venho a tornar-me uma enfermeira mais consciente, com um olhar mais complexo a respeito das diferentes situações com que me deparo e num sentido de promoção do mesmo também para as equipas.

Enquanto enfermeira e especialmente futura EEESIP, deverei zelar sempre pelo melhor interesse da criança e para isso é necessário estar informada sobre como atuar.

Enquanto futura EEESIP e ao longo da minha carreira, esta será uma das competências que procurarei desenvolver, ainda mais encontrando-me agora sensibilizada para este assunto, não poderei virar as costas.

### **Planear a ação**

Daqui em diante, proponho manter-me alerta para situações que possam colocar em risco o desenvolvimento, saúde ou segurança das crianças e jovens com um olhar atento, intervindo de forma adequada. Proponho incentivar, de forma contínua, junto das crianças, jovens e familiares, práticas que promovam a sua segurança e desenvolvimento adequado nos diferentes contextos.

Planeio continuar a procurar conhecer os recursos disponíveis e em caso de necessidade de referenciação evolver-me efetivamente prática, para desenvolvimento efetivo das minhas competências nesta área, cumprindo com as orientações definidas.

De uma forma global, embora considere que apresento uma comunicação adequada junto das crianças e familiares, irei investir no aperfeiçoamento de técnicas de comunicação essencialmente em situações de maior complexidade, tanto junto das crianças, como dos seus pais, para uma abordagem adequada junto destes.

Enquanto futura EEESIP apresentarei ainda a responsabilidade acrescida de sensibilizar os meus colegas sobre o nosso papel, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados que prestamos. Em caso de suspeita de maus-tratos ou perigo para a criança ou jovem, procurar garantir junto de colegas, o cumprimento das orientações, gerindo os recursos necessários, para que seja apurada a verdade, para o superior interesse da criança.

Enquanto futura EEESIP, o questionamento sistemático da minha prática e a tomada de decisão baseada na evidência disponível e mais atualizada é ainda essencial. Considero ser essencial ao longo do meu percurso académico e profissional a manutenção do exercício reflexivo e desenvolvimento de um pensamento crítico sobre diferentes áreas

Daqui em diante irei procurar manter o desenvolvimento contínuo das minhas competências. Ao longo de mestrado e especialidade irei procurar absorver o máximo de aprendizagens nos diferentes campos de estágio, mobilizando ainda os conteúdos teóricos lecionados, procurando desenvolver continuamente as competências de acordo com o esperado para o EEESIP.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exercício reflexivo sempre me acompanhou, mesmo que de forma inconsciente, tendo procurado o desenvolvimento contínuo das minhas competências.

A realização desta reflexão crítica permitiu distanciar da situação vivenciada e desenvolver uma reflexão estruturada e segmentada sendo essencial para o meu processo de crescimento pessoal e profissional.

Os EEESIP, distinguem-se pelo desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, sendo essencial a procura da melhoria contínua de competências nestas áreas.

Ainda, o exercício profissional do EEESIP, é distinto pela filosofia de cuidados centrados na família, com ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes (OE, 2017). Desta forma, é determinante a existência de uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional, com o fim de poder ser assegurada uma prestação de cuidados de qualidade (OE, 2017).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Despacho nº 31292/2008 do Ministério da Saúde. Intervenção dos profissionais de saúde no domínio dos maus-tratos em crianças e jovens. Diário da República: II série, nº 236 (2008). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/31292-2008-975648>
- Direção Geral de Saúde. (2007). *Crianças e Jovens em Risco - Projeto de Intervenção nos Serviços de Saúde*. <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/SaudeInfantilJuvenil/CriançasJovensRisco/Documents/Crian%C3%A7as%20e%20Jovens%20em%20Risco%20Projecto%20de%20interven%C3%A7%C3%A3o%20nos%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: a guide to teaching and learning methods*. Oxford Brookes University.
- Lei nº 156/2015 da Assembleia da República. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: Iª série, nº 181 (2015). [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?tabela=leis&nid=2446&pagina=1&ficha=1](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&nid=2446&pagina=1&ficha=1)
- Lines, L. E., Grant, J. M., & Hutton, A. (2020). Nurses' perceptions of systems and hierarchies shaping their responses to child abuse and neglect. *Nursing Inquiry*, 27(2), artigo e12342. <https://doi.org/10.1111/nin.12342>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)
- Regulamento no 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II série, nº 26 (2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Diário da República: II série, nº 133 (2018). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Silva, D., Afonso, V. L., & Silva, E. B. (2014). Conhecimento dos Enfermeiros sobre a suspeita e deteção de maus-tratos na criança. *Millenium - Journal of Education, Technologies and Health*, 47, 69–82. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8110>

Souza, R. G., & Santos, D. V. (2013). Enfrentando os maus-tratos infantis nas Unidades de Saúde da Família: atuação dos enfermeiros. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(3), 783–800. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000300007>

APÊNDICE XIX – Norma de Procedimento “Visita domiciliar de enfermagem ao recém-nascido e família”



	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>  Visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e família	Norma nº	2
		Elaborada em	Fevereiro 2010
		Revista em	Setembro 2022
		Rever em	Setembro 2025

## 1. OBJETIVOS

### Geral

Promover a saúde familiar, na fase do nascimento de um filho, às famílias inscritas na USF [REDACTED] e residentes da área geográfica [REDACTED].

### Específicos

- ⇒ Promover a autonomia da puérpera no autocuidado;
- ⇒ Promover a autonomia da família no cuidado ao recém-nascido (RN);
- ⇒ Realizar rastreio de doenças metabólicas;
- ⇒ Promover o aleitamento materno;
- ⇒ Promover relação de ajuda/confiança entre enfermeira de família e família do RN;
- ⇒ Identificar situações que possam comprometer o normal desenvolvimento do RN;
- ⇒ Definir estratégias de intervenção com a família para ultrapassar as dificuldades sentidas pela família e/ou identificadas pelo profissional;
- ⇒ Promover a formação/responsabilização dos pais na prestação de cuidados de saúde ao RN;
- ⇒ Garantir o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação;
- ⇒ Melhorar a acessibilidade ao Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil;
- ⇒ Encaminhar precocemente situações que possam comprometer negativamente para o desenvolvimento da criança.

## 1. CAMPO DE APLICAÇÃO

⇒ Procedimento executado pelos enfermeiros de família da USF [REDACTED] aos seus utentes/famílias correspondentes.

ELABORAÇÃO	ÚLTIMA REVISÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO	1/6
	Mariana Sousa			

## 2. PÚBLICO-ALVO

⇒ Famílias inscritas na USF [REDACTED] e residentes na sua área de abrangência, que solicitem/aceitem a visita domiciliária.

## 3. ESTRATÉGIA DE DIVULGAÇÃO

⇒ Informar todas as grávidas seguidas em consultas da USF [REDACTED] e residentes da área de abrangência.

## 4. ESTRATÉGIA DE ACESSIBILIDADE

⇒ Receção de notícia de nascimento ao enfermeiro de família:

- Por parte do hospital via email;
- Por parte da família: que notifica via email por contacto telefónico o seu enfermeiro de família após o nascimento da criança;
- Contacto efetuado pelo enfermeiro de família: quando a família não entra em contacto dentro do prazo previsto.

## 5. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

<b>Intervenções pré-visita</b>	<b>Contacto com a família</b> para organizar os detalhes da visita domiciliária: <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Identificar-se e validar com a família os objetivos da visita;</li><li>✓ Rever os registos e validar a informação com a família;</li><li>✓ Agendar uma ocasião conveniente para a visita domiciliária;</li><li>✓ Confirmar a morada.</li></ul> <b>Planear a visita</b> e preparar mala com os materiais necessários: <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Pasta com documentos: Folheto do Programa Nacional de Rastreio Neonatal, ficha de colheita para rastreio de doenças metabólicas e envelope com taxa paga;</li><li>✓ Balança, craveira, fita métrica, compressas esterilizadas, lanceta, álcool 70°, penso rápido, contentor para cortantes, luvas.</li></ul>
--------------------------------	--

ELABORAÇÃO [REDACTED]	ÚLTIMA REVISÃO Mariana Sousa	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO	2/6
--------------------------	---------------------------------	-------------	-----------	-----

<p><b>Fase do Domicílio</b></p>	<p><b>Reapresentar-se</b> e se necessário mostrar identificação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Explicar o objetivo da visita domiciliária e o tipo de apoio disponível;</li> <li>✓ Dar à família a oportunidade de esclarecer as suas expectativas sobre o contacto;</li> <li>✓ Estabelecer uma relação de empatia e uma comunicação eficaz;</li> <li>✓ Implementar o processo de enfermagem dinâmico, onde a colheita de dados, a avaliação da situação e as intervenções a aplicar são contínuas.</li> </ul> <p>É nessa fase que se desenrola a interação entre o enfermeiro e a família, que irá permitir o estabelecimento de uma relação de colaboração e confiança entre ambos.</p> <p><b>Entrevista</b> para recolha de dados em falta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dados do parto;</li> <li>✓ Adaptação dos membros individuais da família;</li> <li>✓ Reconfirmar constituição do agregado familiar.</li> </ul> <p><b>Observar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Características da habitação (espaço para a criança brincar, dormir, limpeza e estado de conservação);</li> <li>✓ Perceção da situação económica;</li> <li>✓ Adaptação emocional dos membros da família;</li> <li>✓ Interação da família com o RN;</li> <li>✓ O relacionamento entre os elementos da família;</li> <li>✓ O ambiente doméstico quanto à existência de riscos para a segurança (medicamentos, produtos de limpeza, brinquedos adequados, berço).</li> </ul>
---------------------------------	---

<p>ELABORAÇÃO</p> <p>██████████</p>	<p>ÚLTIMA REVISÃO</p> <p>Mariana Sousa</p>	<p>VERIFICAÇÃO</p>	<p>APROVAÇÃO</p>	<p>3/6</p>
-------------------------------------	--	--------------------	------------------	------------

<b>Fase do Domicílio</b> (continuação)	<p><b>Avaliação física da puérpera</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aspeto geral;</li> <li>✓ Mucosas e pele;</li> <li>✓ Mamas (consistência, adaptação à amamentação e estado dos mamilos);</li> <li>✓ Lóquios (cor, quantidade e cheiro);</li> <li>✓ Observação da sutura ou episiotomia;</li> <li>✓ Eliminação intestinal e vesical;</li> <li>✓ Membros inferiores (edema, varizes).</li> </ul> <p><b>Avaliação psicológica a puérpera</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estado psicológico (se tranquila, ansiosa, labilidade emocional);</li> <li>✓ Observar a vinculação com o RN;</li> <li>✓ Encaminhar para a psicóloga se necessário.</li> </ul> <p><b>Avaliação física do RN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Monitorizar peso, perímetro cefálico e estatura;</li> <li>✓ Verificar vacinação e planejar próximas vacinas;</li> <li>✓ Primeira avaliação global (cor da pele, estado de hidratação/descamação, coto umbilical, genitais, postura dos membros, entre outras);</li> <li>✓ Se entre o 3º e 6 dia de vida do RN, realizar o teste de diagnóstico precoce (esclarecer primeiro sobre o objetivo e explicar procedimentos à família, validar o adequado preenchimento da ficha, como todos os dados solicitados).</li> </ul>
---	--

ELABORAÇÃO	ÚLTIMA REVISÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO	4/6
██████████	Mariana Sousa			

<p><b>Fase do Domicílio</b> (continuação)</p>	<p><b>Promover:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O aleitamento materno como melhor alimento para o RN;</li> <li>✓ O papel parental: abordar a partilha de cuidados por ambos os pais; vantagens de um ambiente seguro e organizado; a importância do toque, da voz, do brincar e dos diferentes estímulos para o RN;</li> <li>✓ A união do casal face às alterações na dinâmica familiar;</li> <li>✓ O aumento de conhecimentos dos pais nas áreas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento Infantil;</li> <li>• Posicionamentos;</li> <li>• Hábitos de higiene;</li> <li>• Hábitos de sono e repouso;</li> <li>• Alimentação;</li> <li>• Técnica de eructação;</li> <li>• Cólicas;</li> <li>• Prevenção de acidentes (posicionamento e objetos no berço, temperatura da água do banho, etc);</li> <li>• Sinais de alerta;</li> <li>• Atuação em situação de febre.</li> </ul> </li> <li>✓ A prevenção e tratamento de complicações mamárias durante a lactação;</li> <li>✓ A adesão à vacinação, fornecer informações sobre importância das imunizações;</li> <li>✓ A manutenção de um relacionamento de confiança e empatia entre enfermeiro e família através de um acolhimento adequado e de uma conduta profissional aberta ao diálogo.</li> </ul>
---	--

<p>ELABORAÇÃO</p> <p>██████████</p>	<p>ÚLTIMA REVISÃO</p> <p>Mariana Sousa</p>	<p>VERIFICAÇÃO</p>	<p>APROVAÇÃO</p>	<p>5/6</p>
-------------------------------------	--	--------------------	------------------	------------

<b>Fase do término</b>	<p>Em conjunto com a família, <b>resumir</b> as atividades e os principais pontos de vista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Rever o plano de ensino e fornecer suporte escrito;</li> <li>✓ Programar nova visita se necessário;</li> <li>✓ Motivar para consulta de revisão de puerpério (abordagem sobre o contraceptivo de eleição);</li> <li>✓ Providenciar marcação da primeira consulta do RN na USF [REDACTED];</li> <li>✓ Escrever no Boletim Individual de Saúde: o nome, número de telefone, email e horário de atendimento da enfermeira de família, para futuros contactos ou esclarecimentos;</li> <li>✓ Incentivar o contacto sempre que houver dúvidas ou para alteração de marcações;</li> <li>✓ Fornecer contacto da Saúde 24 (tel. 808 24 24 24) e explicar a sua importância.</li> </ul>
<b>Fase Pós-visita</b>	<p>Efetuar <b>registos</b> no SCLINICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar a avaliação inicial do RN;</li> <li>✓ Registrar intervenções realizadas;</li> <li>✓ Efetuar marcações para próximas consultas de acordo com o combinado com a família, para o RN e de revisão do puerpério.</li> </ul>

## 6. DCOCUMENTOS COMPLEMENTARES

⇒ Manual de Apoio para a visita domiciliária ao RN e família.

Este protocolo é apenas um **guia de orientação** para a visita domiciliária, no entanto, a ordem dos procedimentos e dos temas para a educação para a saúde, não é rígida, devendo ser **sempre efetuada de acordo com as características e necessidades da família**.

ELABORAÇÃO [REDACTED]	ÚLTIMA REVISÃO Mariana Sousa	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO	6/6
--------------------------	---------------------------------	-------------	-----------	-----

APÊNDICE X – Folhetos sobre a promoção da segurança e prevenção de acidentes para diferentes idades (primeiro ano de vida, idade pré-escolar, idade escolar e adolescentes)



## Prevenção de QUEIMADURAS SOLARES

- Para passear ao ar livre escolha o início da manhã (até às 11h) ou o fim da tarde (depois das 17h) durante 20 minutos;
- A partir dos 6 meses poderá começar a levá-lo à praia: evite a exposição entre as 11h e as 17h, utilize protetor solar de grau elevado, vista-lhe roupa solta, de preferência algodão e de cores claras e chapéu de abas largas.

## Segurança no AUTOMÓVEL

- Utilize sempre cadeirinha - Grupo 0 (até 10kg) ou Grupo 0+ (até 13kg) - voltada para trás e no banco de trás;
- O arnês deve encontrar-se sempre apertado, regulado à altura dos ombros;
- Mantenha a mesma cadeirinha ao longo do primeiro ano de vida, mude apenas para uma de grupo superior quando o conforto do bebé ficar afetado.

## Sinais de alarme

- Recusa alimentar (saltar 2 refeições seguidas), gemido, irritabilidade, prostração, cianose, choro inconsolável.

## Quando o bebé começar a deslocar-se sozinho, surgem novos perigos, é aconselhável preparar o ambiente.

Dê um passeio pela casa com os seus olhos ao nível dos do bebé e tente detetar os perigos que o podem ameaçar.

- Utilize **protetores de tomadas**, elimine ou proteja fios danificados ou soltos;
- Coloque **protetores de bordos redondos nos cantos das mesas e móveis**;
- Fixe bem os móveis e objetos grandes/pesados, como estantes ou a televisão;
- **Retire toalhas de mesa** que possa puxar;
- Coloque **travões de segurança** nas portas e gavetas;
- Mantenha o chão livre e objetos pequenos que possa levar à boca;
- Mantenha os medicamentos e produtos químicos/limpeza fora de alcance;
- Evite andarilhos.

## Contatos úteis

- USF [REDACTED]
- Saúde 24: 808 24 24 24

## Referências Bibliográficas:

APSI (2010). Vale a pena crescer em segurança: Evitar acidentes do 1 aos 3 anos de vida (Copyright APSI); INEM, & DFEM. (2017). Manual de suporte básico de vida pediátrico; Proteste Associação de Consumidores. (n.d.). Cartilha de Acidentes Domésticos Infantis. www.proteste.org.



# Segurança Infantil

## Orientações para a prevenção de acidentes no 1º ano de vida

Elaborado por: Mariana Sousa  
Aluna de mestrado e especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



## Prevenção de QUEDAS

- Nunca deixe o seu bebé sozinho em cima de uma mesa ou sofá, mantenha sempre uma mão em cima do bebé quando mudar a fralda;
- Quando se for afastar do berço, mantenha sempre as grades para cima;
- Não deixe outra criança pegar-lhe ao colo sem supervisão;
- No "ovinho" ou espreguiçadeira, mantenha sempre os cintos apertados e bem ajustados;
- Trave o carrinho quando este estiver parado;
- Quando o bebé começar a deslocar-se tenha especial atenção a escadas, janelas e portas de acesso a varandas ou terraços: mantenha-as protegidas com cancelas, fechos de segurança ou redes de proteção.

## Prevenção de AFOGAMENTO

- Nunca deixe o bebé sozinho na banheira, basta meio palmo de água para se afogar;
- Não deixe alguidares/baldes com água dispersos pela casa;
- Se tiver piscina, use cancelas de proteção quando o bebé começar a deslocar-se.

## Prevenção de ASFIXIA

- O bebé deve dormir sempre deitado de barriga para cima;
- Opte por um colchão firme, adequado ao tamanho do berço, sem almofadas;
- Não deixe objetos dentro do berço, nem fios ao pescoço do seu bebé;
- Os brinquedos devem ser macios, sem arestas e suficientemente grandes para que não possam ser engolidos;
- Tenha especial atenção a objetos pequenos que possa levar à boca como botões, brinquedos dos irmãos mais velhos, sacos de plástico e balões - as pilhas se ingeridas podem provocar queimaduras internas graves;
- Em caso de engasgamento por objeto ou alimento segure-o de barriga para baixo apoiado no seu antebraço, apoie a cabeça do bebé com a sua mão e realize pancadas nas costas.

Quando o bebé chorar ou tossir, significa que desengasgou, suspenda a manobra..



## Prevenção de QUEIMADURAS

- Mantenha sempre os líquidos quentes, - água, café ou chá - afastados do bebé;
- Verifique sempre a temperatura da água antes do banho: verta primeiro a água fria e só depois a quente, a temperatura da água não deverá ultrapassar os 37°;



- Se der leite por biberão, verifique a temperatura do leite, virando uma gota no seu pulso;
- Evite a utilização do micro-ondas, se o fizer, agite bem o biberão, mexa as sopas e papas antes de ver se estão quentes;
- Nunca cozinhe com o bebé ao colo;
- Quando o bebé começar a deslocar-se tenha especial atenção ao fogão e aquecedores não o deixando aproximar, se usar lareira, coloque cancela de proteção;

## Prevenção de QUEIMADURAS SOLARES

- Aplique **protetor solar** nos dias de maior exposição solar;
- Para levar a criança à praia evite a exposição entre as 11h e as 17h, utilize protetor solar de grau elevado, vista-lhe roupa solta, de preferência algodão e de cores claras e chapéu de abas largas.

## Segurança no AUTOMÓVEL

- As cadeirinhas do Grupo 1 são apropriadas para estas idades, a criança deve ir no **banco de trás e voltada para trás** (no mínimo até aos 18 meses, alguns modelos permitem até aos 4 anos);
- O **arnês** deve encontrar-se **sempre apertado**, regulado à altura dos ombros;
- Apenas mude para uma de grupo superior quando o conforto da criança ficar afetado.

## Segurança na rua

- Comece a ensinar à criança as regras da estrada;
- Ao utilizar bicicleta ofereça **capacete**;
- Mantenha a criança sempre sob **vigilância**.

Para as crianças, todas as coisas são brinquedos e tudo é brincadeira, o ambiente à sua volta precisa de estar está bem adaptado.

Comece a ensinar as regras de segurança, explicando os riscos de determinados comportamentos.

- Mantenha os **protetores de tomadas**, elimine/proteja fios danificados ou soltos;
- Mantenha os protetores redondos nos cantos das mesas e móveis;
- **Fixe bem** os móveis e objetos grandes ou pesados, como estantes ou a televisão;
- Coloque travões de segurança nas portas e gavetas;
- Mantenha o chão livre de objetos pequenos;
- Mantenha **objetos cortantes ou perfurantes, medicamentos e produtos químicos/limpeza** fora de alcance.

## Contatos úteis

- USF [REDACTED]
- Saúde 24: 808 24 24 24

## Referências Bibliográficas:

APSI(2010). Vale a pena crescer em segurança: Evitar acidentes do 1 aos 3 anos de vida (Copyright APSI); APSI (2010). Vale a pena crescer em segurança: Evitar acidentes dos 4 aos 6 anos (Copyright APSI); INEM, & DFEM. (2017). Manual de suporte básico de vida pediátrico; Proteste Associação de Consumidores. (n.d.). Cartilha de Acidentes Domésticos Infantis. www.proteste.org.



# Segurança Infantil

## Orientações para a prevenção de acidentes do 1 aos 4 anos

Elaborado por: Mariana Sousa

Aluna de mestrado e especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



## Prevenção de QUEDAS

- Não deixe a criança sozinha em cima de uma cama, mesa ou sofá, quando começar a aprender a descer ensine a **descer de barriga para baixo**;
- Escolha uma cama com grades de proteção, de altura baixa, evite beliches;
- Ao usar carrinho de transporte, trave-o sempre quando estiver parado, mantenha sempre o cinto apertado e bem ajustado;
- Tenha especial **atenção a escadas, janelas e portas de acesso a varandas ou terraços**: mantenha-as trancadas ou protegidas com cancelas.
- Utilize tapete antiderrapante na banheira.

## Prevenção de AFOGAMENTO

- **Nunca** deixe a criança sozinha na banheira,
- Se tiver piscina, use cancelas de proteção.
- Nunca deixe de supervisionar a criança perto da piscina, rio ou praia, coloque **braçadeiras**.

## Prevenção de ASFIXIA

- Os **brinquedos** oferecidos devem ser suficientemente grandes;
- Tenha atenção a outros **objetos pequenos** como brinquedos dos irmãos mais velhos, sacos de plástico e balões - **as pilhas se ingeridas podem provocar queimaduras internas graves**;
- Em caso de engasgamento:

Na criança mais pequena, segure-a de barriga para baixo apoiada no seu antebraço, apoie a cabeça com a sua mão e realize pancadas nas costas.



Na criança maior coloque-se ajoelhado atrás da criança; abrace-a apoiando uma mão fechada na altura do estomago e a outra aberta sobre a mão fechada; pressione com força moderada a barriga da criança para dentro e para cima ao mesmo tempo, repita.



Quando a criança chorar ou tossir, significa que desengasgou, suspenda a manobra.

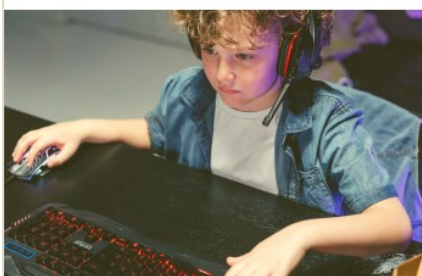
## Prevenção de QUEIMADURAS

- Mantenha sempre os **líquidos quentes** - água, café ou chá - **afastados** da criança;
- Verifique a temperatura da água antes do banho: verta primeiro a água fria e só depois a quente;
- Verifique a temperatura dos alimentos aquecidos, se usar o micro-ondas, mexa bem as sopas e papas antes de ver se estão quentes;
- Nunca cozinhe com a criança ao colo;
- Não deixe que se aproxime do **fogão e aquecedores, se usar lareira**, coloque uma cancela de proteção;
- Ao cozinhar utilize os bicos do fogão mais afastados e vire as **pegas dos tachos e frigideiras para dentro**;
- Não deixe o **ferro de engomar** ao alcance da criança.



## Promoção da segurança ONLINE e prevenção da DEPENDÊNCIA

- Ensine a criança a **não partilhar os seus dados pessoais** em chats;
- Ensine a não colocar o seu nome verdadeiro, nem a localização nos jogos;
- No caso de se sentirem incomodados com uma conversa a bloquear o outro utilizador e a **pedir ajuda** a adultos de confiança;
- Esteja atento à exposição de conteúdo impróprio;
- Ensine a manter a câmara desligada sempre que não for necessário;
- Verifique sempre os jogos e dê a sua autorização prévia para a utilização;
- É importante **regular e limitar o tempo no acesso**, se estiver preocupado com o comportamento da criança procure ajuda.



## Prevenção de QUEIMADURAS SOLARES

- Aplique **protetor solar** nos dias de maior exposição solar;
- Para levar a criança à praia evite a exposição entre as 12h e as 16h, utilize protetor solar de grau elevado.

## Prevenção de outras LESÕES

- Mantenha **objetos cortantes ou perfurantes fora do alcance** da criança;
- Elimine ou proteja fios danificados ou soltos.

Ensine a criança a identificar situações perigosas e a adaptar um comportamento seguro.

## Contatos úteis

- USF [REDACTED]
- Saúde 24: 808 24 24 24

## Referências Bibliográficas:

Fundação Altice. (n.d.). Game over: jogos e dependência online. Proteste Associação de Consumidores. (n.d.). Cartilha de Acidentes Domésticos Infantis. [www.proteste.org](http://www.proteste.org).



# Segurança Infantil

## Orientações para a prevenção de acidentes em idade escolar

Elaborado por: Mariana Sousa  
Aluna de mestrado e especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



## Prevenção de QUEDAS

- Escolha uma **cama de altura baixa**, em caso de beliches, a cama superior só deve ser utilizada a partir dos 6 anos e pela criança mais velha;
- Utilize um tapete antiderrapante na banheira;
- Mantenha os móveis bem fixos ao chão e paredes;
- Tenha atenção à disposição dos móveis para prevenir acidentes, mantenha espaço para a criança brincar;
- Se tiver jardim ou quintal, tenha atenção ao piso e possíveis fontes de queda;
- Os brinquedos devem ser guardados ao alcance das crianças.

## Prevenção de AFOGAMENTO

- Nunca deixe de **supervisionar** a criança perto da piscina ou na praia, se for necessário mantenha as braçadeiras.

## Prevenção de INTOXICAÇÃO

- Mantenha os **medicamentos e produtos químicos/limpeza** fora de alcance das crianças.

## Prevenção de QUEIMADURAS

- Mantenha os líquidos quentes afastados da criança;
- Ao cozinhar utilize os bicos do fogão mais afastados e vire as pegas dos tachos e frigideiras para dentro;
- Se a criança mostrar interesse na cozinha, tenha atenção às fontes de calor e de objetos de corte, **ensine as regras de segurança e mantenha sempre a supervisão**;
- Não deixe o ferro de engomar ao alcance da criança.



## Segurança no AUTOMÓVEL

- As cadeirinhas do Grupo 2 são as mais apropriadas, a criança deve ir no **banco de trás**, com o **cinto de segurança** sempre apertado;
- Ensine a criança a sair do veículo sempre pelo lado do passeio;
- A partir dos 12 anos ou 135cm de altura a criança pode deixar de usar cadeirinha, no entanto pode necessário manter até que o cinto de segurança atravesse o ombro e não o seu pescoço;
- Apenas pode viajar no banco da frente aos 12 anos de idade ou atingir 150cm de altura;

## Segurança na RUA

- Ensine à criança a **passar a passeadeira**, olhando primeiro para os dois lados, aguardando pelo sinal verde e passar sem correr.
- Ao utilizar bicicleta, trotinete, skate ou patins ofereça **capacete**;
- Mantenha a criança sempre sob **vigilância**;
- Ensine à criança a sua **morada**, assim como um **contacto telefónico**, caso se perca.

## Diálogo e limites

- Procure **conhecer quem são os seus amigos**, ouvir as suas histórias de vida, as suas opiniões;
- **Proibições e críticas inflexíveis e negativas** poderão ter um **efeito contrário**, levando a comportamentos de desafio e provocação, aumentando possíveis comportamentos de risco;
- No entanto, **não confunda compreensão com permissividade**, os adolescentes necessitam de pais com convicções firmes, limites e controlos **devem fazer parte da relação**.
- É fundamental prestar-lhes **atenção**, escutá-los, o **diálogo e a negociação** são centrais.
- Ajude o adolescente a encontrar as melhores **estratégias e argumentos numa situação de risco**, converse mostrando disponibilidade, expondo os seus pontos de vista e tentando perceber quais os do seu filho.
- Se algo não está bem, é preciso **orientar e corrigir** de forma carinhosa e compreensiva, porém exigente.

Os adolescentes devem ser estimulados e elogiados nos seus comportamentos positivos, assim como responsabilizados pelos seus comportamentos negativos.

## Isolamento

- É natural que o adolescente procure isolar-se um pouco mais, por sua vez **pode ser indicio de algum sofrimento emocional**, esteja atento a outras alterações de humor e comportamento.

## Promoção da saúde mental como fator protetor

- Promova a prática de **exercício físico** através de atividades que o adolescente se interesse;
- Forneça e incentive uma **alimentação equilibrada**;
- Crie rotinas e responsabilidades;
- Incentive o **diálogo e partilha**.

Se detectar algum comportamento que o preocupe procure ajuda.

## Contatos úteis

- USF [REDACTED]
- Saúde 24: 808 24 24 24

## Referências Bibliográficas:

Andrade, A., Bedendo, A., Enumo, S., & Micheli, D. (2018). Desenvolvimento cerebral na adolescência: aspetos gerais e atualização. *Revista Adolescência & Saúde*, 15(1), 62-67. Instituto da droga e toxicod dependência. (2003). *Garanta a independência dos seus filhos*. Ministério da cidadania. (2020). *12 práticas de como pais e responsáveis podem, no dia a dia, proteger o futuro das crianças e adolescentes em relação ao uso de tabaco, álcool e outras drogas*. Ministério da Saúde. (2018). *Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica* (2nd ed.).



## Promoção da segurança na Adolescência

### Orientações para pais e responsáveis

Elaborado por: Mariana Sousa

Aluna de mestrado e especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



Dados demonstram um aumento significativo de problemas de saúde relacionados com maior prevalência de acidentes, consumo de álcool, drogas, depressão, gravidez não planeada, suicídio e violência durante a adolescência.

É também uma etapa onde surgem os primeiros sintomas de diversos problemas de saúde mental.

## Relacionamento familiar como fator protetor

- A proximidade e o bom relacionamento entre pais e filhos são fatores protetores em relação ao uso de substâncias e também para tantos outros problemas que podem aparecer ao longo do desenvolvimento.
- Outro fator importante é o exemplo que a família deve dar a esse adolescente.
- É importante a criação de uma relação de abertura e apoio no seio familiar, onde o diálogo aconteça naturalmente. Caso contrário, as principais informações serão procuradas junto dos seus pares ou redes sociais, fontes que nem sempre fornecem informação clara e objetiva.

## Segurança online

- Informe-se sobre as diferentes aplicações que o adolescente utiliza;
- Consciencialize-o dos perigos online;
- Esteja atento à utilização das redes sociais e controle o tempo despendido online.

## Consumos aditivos

- Promova a capacidade de autocrítica sobre os consumos e suas consequências;
- Favoreça o desenvolvimento de um projeto de vida;
- Ensine a identificar riscos por vínculos a pessoa/grupo com práticas de consumos
- Esteja atento a alterações do comportamento;

## Violência

- Esteja atento a comportamentos agressivos por parte do adolescente;
  - Caso suspeite que o adolescente seja vítima de auto ou hetero agressão, incentive o diálogo, procure ajuda e denuncie se for caso disso.
- Indícios: contusões corporais, ferimentos mal explicados; mudanças de comportamento, isolamento, dificuldades na aprendizagem, distúrbios do sono, baixa auto-estima.

## Sexualidade

- Procure falar sobre as alterações corporais esperadas, esclarecer dúvidas e informar sobre os riscos e prevenção da transmissão de DST e gravidez;
- Oriente para os cuidados de saúde primários.

## Acidentes viação

- Reforce a necessidade da utilização do cinto de segurança, a recusar transporte de outro desconhecido ou sob efeito do álcool ou outros consumos aditivos;
- Reforce a importância de respeitar as regras da estrada e de equipamento de proteção na utilização de motas, bicicletas e trotinetes.

## Como chegar aos adolescentes?

- Conversar, dar a conhecer o que se passa no corpo (alterações fisiológicas, neurológicas, hormonais);
- Promover o desenvolvimento de coping skills (capacidades para enfrentar/lidar com as situações, resolver "desafios reais" e praticar a tomada de decisão);
- Fazer bom uso da pressão social.

APÊNDICE XI – Cartaz informativo “Segurança infantil no automóvel”



# Segurança infantil no automóvel

Existem vários tipos de cadeirinhas adaptadas ao tamanho e peso de cada criança.



## GRUPO 0

Cadeira até 10Kg

e

## GRUPO 0+

Cadeira até 13 Kg ou 75cm

Normalmente designadas por 'ovo', são as cadeirinhas indicadas para recém-nascidos. Deve ser utilizada desde a primeira viagem do bebé até o mais tarde possível.

## GRUPO I

Cadeira 9-18 kg, 9-25kg ou até aos 105 cm

São cadeirinhas maiores e com mais espaço geralmente utilizadas dos 12 meses até aos 4 anos.



## GRUPO II Cadeira 15 – 36 Kg

Por volta dos 4 anos já podem viajar em cadeira com banco elevatório e costas. Modelos com costas reguláveis em altura são preferíveis. As costas não devem ser retiradas: aumentam o conforto e oferecem proteção lateral em caso de colisão.

## GRUPO III

Assento elevatório 22 - 36 Kg

Pode ser utilizado a partir dos 8 anos, desde que o cinto de segurança não atravesse o pescoço e o veículo possua encostos de cabeça nos lugares de trás.



## QUANDO MUDAR PARA A CADEIRINHA SUPERIOR?

**O mais tarde possível!** Apenas quando o conforto da criança ficar afetado por se encontrar apertada na zona dos ombros ou da anca ou quando a cabeça ficar acima das proteções.

## DIREÇÃO DA CADEIRINHA Para a frente ou para trás?

As crianças devem viajar **voltadas para trás** no mínimo até aos 18 meses. Porém é recomendado **até o mais tarde possível**, existindo modelos que o permitem até aos 4 anos.

### FORÇAS EXERCIDAS NA CABEÇA DURANTE UMA COLISÃO

Em caso de colisão frontal, o pescoço e cabeça da criança serão protegidos pela distribuição da força de impacto, pelo facto de viajar no sentido contrário ao da marcha.



## LOCALIZAÇÃO DA CADEIRINHA

### Banco da frente ou banco de trás?

O transporte das crianças é efetuado no **banco de trás**.

Existem casos **excepcionais** em que é permitido o transporte no banco da frente: quando o veículo não possui bancos traseiros ou cintos de segurança nos mesmos e na criança com idade inferior a 3 anos, utilizando a cadeirinha virada para trás e o airbag frontal desligado. Contudo, deve ser evitado ao máximo!

A cadeira instalada à frente reduz a visibilidade do condutor, aumenta a probabilidade de se distrair e no esquecimento de desligar o airbag e este se ativar pode ter consequências fatais.

## A PARTIR DE QUE MOMENTO DEIXA DE USAR CADEIRINHA?

A partir dos 12 anos ou 135cm de altura, quando o cinto de segurança passar ao nível do ombro e não do pescoço, não colocando a sua segurança em risco.

## A PARTIR DE QUE MOMENTO PODE IR NO BANCO DA FRENTE?

A partir dos 12 anos ou ao atingir 150cm.

**Se viaja com crianças, não se esqueça:**  
Ensine-os a viajar seguros, é uma lição para a vida!



Elaborado por: Mariana Sousa

Aluna de mestrado e especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria  
2022

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI). Viajar voltado para trás, nos lugares traseiros, à luz da legislação em vigor em Portugal: Parecer e recomendações da APSI; APSI (2014). Nova norma de segurança para cadeirinhas; APSI (2015). A segurança da criança no automóvel: a escolha da cadeirinha adequada; Autoridade Nacional Segurança Rodoviária, Núcleo de fiscalização e trânsito. Sistemas de retenção para crianças; Diário da República. (2013). Código da Estrada (CE). Lei n.º 169/2013, Série I de 2013-09-03; Diário da República. (2014). Decreto Lei n.º 170-A/2014, de 07 de Novembro. Homologação e utilização dos cintos de segurança e dos sistemas de retenção para crianças.

APÊNDICE XII – Jogo “quantos-queres: segurança infantil”



# Quantos Queres Segurança Infantil

## Instruções do jogo:

Para mover o “quantos-quires” junta e afasta os dedos para os lados e para a frente.

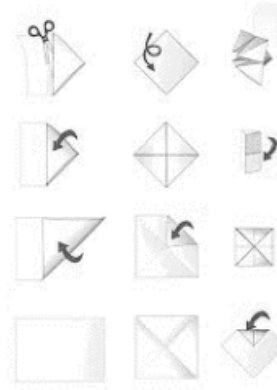
Começa por pedir a alguém para escolher um número e move o “quantos-quires” tantas vezes quanto a pessoa pediu.

Quando terminares, ficarão apenas 4 cores à vista e a outra pessoa tem de escolher um deles.

Depois abres o triângulo e fazes a pergunta respetiva. A pessoa com quem estas a jogar tem de aceitar a resposta correta.

Joga com os teus familiares e amigos!

## Instruções de dobragem:



<p><b>O que deves fazer se te perderes?</b></p> <p>Resposta: Não me afastar muito do local e procurar um polícia ou adulto mais próximo.</p> <p>Quando saís para algum lado é importante não te afastares. Deves saber a tua morada e um contacto telefónico.</p>	<p><b>Ao andares num veículo automóvel que cuidados deves ter?</b></p> <p>Resposta: Entrar e sair sempre pelo lado do passeio, colocar o cinto de segurança e cadeira apropriada. Nunca coloques a cabeça ou os braços fora da janelal</p>	<p><b>Utilizar facas, tesouras e martelos é perigoso?</b></p> <p>Resposta: Sim, no início só devo usá-las com um adulto. O adulto vai ensinar-te as regras de segurança para evitares cortes e outros ferimentos.</p>	<p><b>O que não pode faltar quando andas de bicicleta ou trotinete?</b></p> <p>Resposta: O capacete. Podes aliejar-te a sério se caíres ou se alguém for em direcção a ti.</p>
<p><b>O que pode acontecer se brincares com fósforos e isqueiros?</b></p> <p>Resposta: Posso sofrer uma queimadura ou pegar fogo à casa.</p> <p>Só deves utilizá-los depois de aprenderes os cuidados a ter na presença de um adulto.</p>	<p><b>Que cuidados deves ter nas redes sociais ou quando jogas online?</b></p> <p>Resposta: Não dar informações pessoais a desconhecidos ou enviar fotografias. Se alguém te pedir deves falar com um adulto da tua confiança, ele saberá o que fazer.</p> <p>Manter-te sempre perto de um adulto.</p> <p>profundas porque não deves ir para as zonas perigosas, tens de olhar esquerda, direita, esquerda.</p> <p>Resposta: Aguardar pelo sinal verde e</p>	<p><b>Que cuidados deves ter na praia e na piscina?</b></p> <p>Resposta: Colocar protetor solar na água não me afastar para ter sempre os pés no chão. Não deves ir para as zonas perigosas, tens de olhar esquerda, direita, esquerda.</p> <p>Resposta: Não dar informações pessoais a desconhecidos ou enviar fotografias. Se alguém te pedir deves falar com um adulto da tua confiança, ele saberá o que fazer.</p> <p>Manter-te sempre perto de um adulto.</p>	<p><b>Que cuidados deves ter na praia e na piscina?</b></p> <p>Resposta: Colocar protetor solar na água não me afastar para ter sempre os pés no chão. Não deves ir para as zonas perigosas, tens de olhar esquerda, direita, esquerda.</p> <p>Resposta: Aguardar pelo sinal verde e</p>
<p><b>O que deves fazer antes de atravessar a estrada?</b></p>	<p><b>O que deves fazer antes de atravessar a estrada?</b></p>	<p><b>O que deves fazer antes de atravessar a estrada?</b></p>	<p><b>O que deves fazer antes de atravessar a estrada?</b></p>



Elaborado por: Mariana Sousa  
Aluna de mestrado e especialidade em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (n.d.). *Segurança em casa: quantos-  
queres infantil*. [https://zh-cn.facebook.com/apsi.org.pt/photos/quantos-queres-o-jogo-  
que-todos-os-adultos-jogaram-e-que-a-apsi-prop%C3%B5e-que-  
const/3043747005646317/](https://zh-cn.facebook.com/apsi.org.pt/photos/quantos-queres-o-jogo-que-todos-os-adultos-jogaram-e-que-a-apsi-prop%C3%B5e-que-const/3043747005646317/)

Continental-tires. (n.d.). Aprende o ABC da segurança. *Visão Zero Acidentes*.  
[https://blobs.continental-  
tires.com/www8/servlet/blob/2141496/f4b6b3b65c7b9dc68b582c61387935ba/abc-  
seguranca-data.pdf](https://blobs.continental-tires.com/www8/servlet/blob/2141496/f4b6b3b65c7b9dc68b582c61387935ba/abc-seguranca-data.pdf)

Instituto de Apoio à Criança. (n.d.). *Crianças a torto e a Direitos: Jogos no formato  
“Quantos Queres” dirigido ao 2.º Ciclo com questões alusivas à cidadania digital:  
recurso da Seguranet*.  
[https://criancasatortoeadireitos.wordpress.com/2017/11/11/jogos-no-formato-quantos-  
queres-dirigido-ao-2-o-ciclo-com-questoes-alusivas-a-cidadania-digital-recurso-da-  
seguranet/](https://criancasatortoeadireitos.wordpress.com/2017/11/11/jogos-no-formato-quantos-<br/>queres-dirigido-ao-2-o-ciclo-com-questoes-alusivas-a-cidadania-digital-recurso-da-<br/>seguranet/)

APÊNDICE XIII – Folha de rosto de conteúdos inseridos no *Dossier*



## SEGURANÇA INFANTIL E JUVENIL

- Folhetos
- Quantos-queres
- Segurança da criança no transporte rodoviário
- APSI - Viajar voltado para trás, nos lugares traseiros, à luz da legislação em vigor em Portugal: parecer e recomendações da APSI
- APSI - Transporte de crianças em veículos ligeiros: estudo de observação em ambiente de autoestrada 2021
- APSI - Afogamentos em Crianças e Jovens em Portugal: Atualização de casos 2021
- APSI – Relatório de Avaliação: 30 anos de segurança Infantil em Portugal 2022
- APSI - Páscoa em segurança
- APSI - Carnaval em segurança
- Promoção da Segurança da Criança – INFAD *Revista de Psicologia* 2019
- Conhecimentos e atitudes de crianças escolares sobre prevenção de acidentes – *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 2021
- Fatores que colocam em perigo o desenvolvimento das crianças e jovens referenciados às comissões de proteção – *Revista Enfermagem de Referência* 2020
- Crianças e Jovens em Risco – Projeto de Intervenção nos Serviços de Saúde
- Intervenção dos profissionais de saúde no domínio dos maus-tratos em crianças e jovens – *Diário da República* 2008
- Violência na infância e adolescência: uma discussão necessária – HOLOS 2021
- Violência contra adolescentes: fatores associados, manifestações e enfrentamento – *Revista Saúde.com* 2021
- Garanta a independência dos seus filhos: como responder às perguntas sobre drogas para pais e educadores de jovens dos 13-16 anos – *Instituto da Droga e da Toxicoddependência*



APÊNDICE XIV – Documento “Orientações sobre a segurança da criança no transporte rodoviário”



## Segurança da criança no transporte rodoviário

As normas básicas de segurança são obrigatórias em Portugal. Para promover a segurança da criança não permita que viaje sem elas!

### Etiqueta E

Para ser segura, a cadeira necessita de ser aprovada pelas normas internacionais em vigor, deverá encontrar a etiqueta E. Observando o número de homologação demonstrando na etiqueta E consegue distinguir qual o seu regulamento, em Portugal existem dois: se homologada pelo Regulamento R44 começa por 04; se homologada pelo R129 começa por 00.



### Qual a diferença entre os regulamentos R44 e R129?

O R44 define o intervalo de pesos a que se destina, já o R129 define a altura da criança (I-size), estipulado também um limite de peso.

O R129 ou i-Size resultou da necessidade de atualização do anterior regulamento R44 e por esta razão é uma versão atualizada e melhorada, que introduz importantes requisitos de segurança com o objetivo de aumentar a proteção das crianças, no entanto possuem exclusivamente o sistema Isofix.

A etiqueta E fornece ainda informações sobre o tipo de cadeira (Universal/ Semiuniversal/ Específica) e o tipo de instalação (Cinto/Isofix).

Ao comprar uma cadeira experimente sempre no veículo, existindo possibilidade de incompatibilidade e se adequa à criança a que se destina.

### Cadeiras com Isofix

As cadeiras com Isofix apresentam 3 pontos de fixação evitando a rotação da cadeira em caso de acidente. O sistema Isofix facilita a colocação das cadeiras e reduz os erros de instalação sendo por esta razão considerado mais seguro. No entanto, para utilizar estas cadeiras é necessário um veículo equipado com Isofix.

### Como saber se a cadeira está corretamente instalada?

Para uma instalação correta e segura, deve ler sempre atentamente o manual de instrução do fabricante da cadeirinha e do veículo e respeitar essas instruções. A cadeira deve, também, estar bem fixada à estrutura do veículo, através dos cintos de segurança do próprio veículo ou do sistema Isofix.

**A escolha da cadeira adequada não é tarefa fácil. Existem vários tipos de cadeiras de segurança adaptadas ao tamanho e peso de cada criança.**



**Grupo 0 Cadeira até 10Kg**

**Grupo 0+ até 13 Kg ou até aos 75 cm**

Normalmente designada por 'ovo', é a cadeira mais indicada para recém-nascidos. Deve ser utilizada desde a primeira viagem do bebé até o mais tarde possível. Estas cadeiras costumam apresentar um redutor que serve para ajustar melhor o bebé nas primeiras semanas de vida. Deve ser retirado quando todo o sistema se apresentar muito justo, sobretudo junto à cabeça da criança. Certifique-se ainda de que a cabeça não balança muito quando o bebé é transportado sem o redutor. Também o arnês (cinto interno) deve ser ajustado à estatura da criança, de modo a ficar no ponto acima do ombro. Enquanto o arnês estiver à altura do ombro e a cabeça bem apoiada, a criança não deverá mudar para uma cadeira maior.



**Grupo I Cadeira 9-18 kg, 9-25kg ou até aos 105 cm**

Estas cadeirinhas nunca devem ser utilizadas antes dos 8 ou 9 meses, mesmo que a criança já pese mais que o peso mínimo indicado na mesma. Existem variados modelos, são cadeiras maiores e com mais espaço para as pernas que geralmente têm um pé que apoia no chão do automóvel.



**grupo II Cadeira 15 – 36 Kg**

Por volta dos 4 anos, quando as crianças já pesam mais de 15 Kg, já podem viajar numa cadeira de apoio (banco elevatório com costas). Os modelos com costas reguláveis em altura são preferíveis permitindo uma maior adaptação do cinto de ao corpo da e segurança criança. Os modelos com costas destacáveis, que se transformam num banco elevatório, podem ser utilizados até mais tarde. As costas não devem ser retiradas antes dos 8 ou 9 anos pois aumentam o conforto e dão apoio lateral para a cabeça e o tronco quando a criança adormece e em caso de colisão lateral.



**Grupo III - Assento elevatório 22 - 36 Kg**

Pode ser utilizado a partir dos 8 anos, desde que o cinto de segurança não atravesse o pescoço e o veículo possua encostos de cabeça nos lugares de trás. No entanto, se a cadeira anterior for suficientemente alta e bem-adaptada à criança, não a substitua, deve continuar a utilizá-la. Apenas a cadeira, sem costas e abas laterais, oferece menor conforto e proteção em caso de colisão lateral.

### **Quando mudar de cadeira?**

A passagem de uma cadeira para um grupo superior deve realizar-se o mais tarde possível. Deve alterar a cadeira quando o conforto ficar afetado por ficar apertada na zona dos ombros ou da anca ou quando a cabeça fica acima das proteções.

### **Direção da cadeira: voltada para trás ou para a frente?**

As crianças devem viajar em cadeiras voltadas para trás no mínimo até aos 18 meses, porém é aconselhado até o mais tarde possível, para maior proteção da sua cabeça e pescoço. Existem diversos modelos de cadeiras, em que alguns permitem ser usados virados para trás até por volta dos 4 anos.

### **Local para transportar a criança: banco de trás ou banco da frente?**

De acordo com o artigo 55.º do Código da Estrada o transporte das crianças deve ser efetuado no banco de trás.

O local preferencial será o assento do meio do banco de trás, mas em alternativa, não existindo espaço suficiente, um cinto de segurança de 3 pontos ou Isofix, a melhor alternativa será atrás do passageiro da frente.

Existem por sua vez, casos excecionais em que as crianças podem ser transportadas no banco da frente: quando o veículo não possui bancos traseiros ou quando não possui cintos de segurança nos bancos traseiros e na criança com idade inferior a 3 anos, utilizando sistema de retenção virado para trás e com o airbag frontal desligado.

Contudo, este procedimento deve ser evitado ao máximo: o risco de uma criança sofrer uma lesão grave no banco do passageiro da frente é quase três vezes maior do que no banco traseiro!

A cadeira instalada à frente, voltada para trás, coloca alguns problemas: reduz a visibilidade do condutor pelo espelho retrovisor lateral direito, aumenta a probabilidade do condutor se distrair e dar atenção à criança enquanto conduz, em vez de parar o veículo num local seguro para o fazer; pode dar azo a erros muito graves, como o esquecimento de desligar o airbag. Em caso de acidente, o airbag frontal abre repentinamente e pode ter consequências fatais para a criança que viaja nesse lugar.

É sempre preferível transportar todas as crianças nos lugares de trás!

### **A partir de que momento a criança deixa de precisar de cadeira?**

A partir dos 12 anos de idade ou 135cm de altura. Por sua vez, dependendo do veículo e da criança poderá ser conveniente utilizá-lo até um pouco mais tarde até quando o cinto de segurança passar ao nível do ombro e não do pescoço. O cinto de segurança atravessado ao nível do pescoço da criança pode colocar a sua segurança em risco.

### **Com que idade a criança pode ir no banco da frente?**

A partir dos 12 anos de idade ou ao atingir 150cm.

### **E nos transportes públicos, TVDE ou transporte de doentes?**

Nestes veículos, o Código da Estrada estabelece que não é obrigatória a utilização de sistemas de retenção. Em qualquer uma das circunstâncias, a criança não pode ser transportada nos bancos da frente.

### **Transporte de crianças com necessidades especiais**

Conforme o Código de Estrada, crianças com deficiência que apresentem condições graves de origem neuromotora, metabólica, degenerativa, congénita ou outra, podem ser transportadas independentemente do peso e altura, em cadeira adaptada às necessidades específicas, prescrita por um médico da especialidade.

### **Se viaja com crianças, não se esqueça:**

- Ensine-os a viajar seguros, é uma lição para a vida.
- O exemplo é a melhor forma de ensinar, utilize sempre o cinto de segurança.
- Utilize produtos homologados e siga as instruções do fabricante.
- Utilize o fecho de segurança para crianças das portas de trás.
- Ensine a criança a sair do carro pela porta do lado do passeio.

Transportar uma criança num automóvel sem as devidas medidas de segurança é um comportamento irresponsável que, em caso de acidente ou travagem brusca, pode ter consequências fatais.

Mesmo que sejam viagens de curta distância deverá adotar os comportamentos promotores da segurança.

## Referências Bibliográficas

- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (n.d.). *Viajar voltado para trás, nos lugares traseiros, à luz da legislação em vigor em Portugal: Parecer e recomendações da APSI*.  
[https://www.apsi.org.pt/images/Documentos/Esclarecimento\\_SRCVT\\_noslugaresdetras\\_aluzdaleislacaoportuguesa.pdf](https://www.apsi.org.pt/images/Documentos/Esclarecimento_SRCVT_noslugaresdetras_aluzdaleislacaoportuguesa.pdf)
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014). *Nova norma de segurança para cadeirinhas*. <https://apsisegurancainfantil.blogspot.com/2014/02/nova-norma-de-seguranca-para-cadeirinhas.html>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2015). *A segurança da criança no automóvel: a escolha da cadeirinha adequada*.  
<https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/component/content/article/2-uncategorised/234-a-escolha-da-cadeirinha-adequada>
- Autoridade Nacional Segurança Rodoviária. (n.d.). *Sistemas de retenção para crianças*.  
[http://www.ansr.pt/SegurancaRodoviaria/Informacao/Documents/Documentos/SISTEMAS%20DE%20RETEN%C3%87%C3%83O%20PARA%20CRIAN%C3%87AS\\_%20dez14.pdf](http://www.ansr.pt/SegurancaRodoviaria/Informacao/Documents/Documentos/SISTEMAS%20DE%20RETEN%C3%87%C3%83O%20PARA%20CRIAN%C3%87AS_%20dez14.pdf)
- Decreto-Lei n.º 170-A/2014 do Ministério da Administração Interna. Homologação e utilização dos cintos de segurança e dos sistemas de retenção para crianças em veículos rodoviários, Diário da República: I série, nº216 (2014).  
<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/170-a-2014-58815310>
- Lei nº 72/2013 da Assembleia da República. Código da Estrada, Diário da República: I série, nº169. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2013-116041830>



APÊNDICE XV – Análise SWOT realizada no estágio de Neonatologia



ANÁLISE SWOT	FATORES POSITIVOS	FATORES NEGATIVOS
FATORES INTERNOS	<p><b>Forças</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência de enfermeiro chefe de equipa em cada turno com maior experiência (fornecendo suporte, orientação e apoio aos restantes elementos);</li> <li>- Equipa competente na prestação de cuidados;</li> <li>- Existência de diversos de grupos de trabalho com envolvimento e responsabilização de todos enfermeiros (promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados);</li> <li>- Diversa documentação disponível na unidade com orientações, normas e protocolos orientadores dos cuidados atualizados e bem organizados (permitindo uma uniformização e orientação dos cuidados, aumentando a segurança e promovendo a qualidade dos cuidados);</li> <li>- Existência de estratégias promotoras da segurança do RN (nomeadamente a verificação de itens de segurança junto de cada unidade em cada turno e a realização da dupla verificação terapêutica);</li> <li>- Processo clínico informatizado (facilitando o planeamento e continuidade dos cuidados, armazenamento de informação e avaliação dos cuidados).</li> </ul>	<p><b>Fraquezas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Redução da entreadjudada e cooperação entre colegas (associado a uma diminuição da motivação interna e redução do envolvimento dos profissionais no contexto de trabalho);</li> <li>- Reduzido tempo de permanência dos pais na unidade apesar do incentivo por parte dos profissionais (fator que vem reduzir as oportunidades de intervenção da equipa junto dos pais, por vezes comprometendo a preparação para a alta, resultando em maiores dificuldades no desenvolvimento das competências parentais e vinculação com o RN);</li> <li>- Inexistência de grupo de trabalho sobre a avaliação da satisfação do paciente.</li> </ul>
FATORES EXTERNOS	<p><b>Oportunidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abertura por parte da enfermeira chefe e dos enfermeiros do grupo de trabalho da segurança do doente para o desenvolvimento de atividades de melhoria e desenvolvimento de novos projetos, nomeadamente: auditoria a respeito da dupla verificação terapêutica (no sentido de dar visibilidade à efetiva intervenção dos enfermeiros neste âmbito desde a elaboração da NOC “Dupla Verificação de Medicação” em 2020, que ainda não tinha sido alvo de auditoria); realização de sessões de formação (enquanto ferramenta importante para aumentar a qualidade dos cuidados, garantindo a conformidade das práticas à luz dos regulamentos e normas); atualização de documentação da Unidade (nomeadamente do questionário de satisfação do internamento fornecido aos pais, que ainda não teria sido objeto de revisão e beneficiava de inclusão de questões relativas à segurança); desenvolvimento futuro de estudos de investigação (tendo esse interesse sido demonstrado pelos enfermeiros do grupo de trabalho da segurança do doente);</li> <li>- Incentivo no aumento da presença e inclusão parental.</li> </ul>	<p><b>Ameaças</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grande rotatividade da equipa nos cuidados;</li> <li>- Diminuída motivação interna (podendo comprometer a qualidade dos cuidados prestados e a adesão a novos projetos e atividades de melhoria);</li> <li>- Tempo de estágio limitado (requerendo a identificação de atividades prioritárias de intervenção, no sentido de conseguir alcançar os objetivos por mim propostos).</li> </ul>



APÊNDICE XVI – Reflexão Crítica - estágio de Neonatologia





# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

### ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

Ano letivo: 2022/2023

## **Reflexão Crítica**

Contexto de estágio: Unidade de Neonatologia

Discente:

Mariana Serpa Teixeira de Sousa nº192021082

Docente orientador:

Professora Doutora Margarida Lourenço

Enfermeira orientadora:



Outubro, 2022

## INTRODUÇÃO

No âmbito da UC Estágio Final e Relatório, inserida no Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, encontro-me atualmente a realizar estágio na Neonatologia [REDACTED].

Para cada contexto de estágio, foi-nos proposta a realização de um Projeto Individual de Aprendizagem, onde foram estipulados os objetivos e atividades a desenvolver.

Constituindo-se o exercício da reflexão um exercício essencial para a estruturação do pensamento e desenvolvimento de espírito crítico, a realização da atual reflexão crítica surge como uma das atividades a que me propus realizar, no sentido de promover, tanto crescimento pessoal, como profissional, para o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EEESIP.

A reflexão crítica será realizada segundo o ciclo de Gibbs, envolvendo as seguintes etapas: descrição, pensamentos e sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação (Gibbs, 1988).

A atual reflexão crítica partiu de uma experiência vivenciada no contexto de prestação de cuidados, na sala de Intermédios da UN. Descreve uma experiência no âmbito da parceria de cuidados com pais de um RN para o desenvolvimento das suas competências parentais na preparação para a alta.

## REFLEXÃO CRÍTICA

### Descrição

A experiência que venho relatar ocorreu durante a primeira semana de estágio. Durante este período, realizei turnos da manhã, tendo acompanhado e participado na prestação de cuidados dos RN atribuídos à enfermeira orientadora.

A experiência de cuidados em questão relaciona-se com os cuidados prestados ao RN A. em parceria com os seus pais. O A. nasceu a 09/10/2022, às 37 semanas e 6 dias de gestação. Deu entrada na UN no dia do seu nascimento, por aspiração abundante de mecónio, com necessidade de reanimação e ventilação.

O meu primeiro contacto com o RN ocorreu no dia 12/10/22, apresentando este à data, 3 dias de vida. Encontrava-se já em ar ambiente, com estabilidade hemodinâmica, sendo alimentado por tetina, com boa tolerância. Durante o turno, foram prestados os cuidados ao RN de acordo com as suas necessidades. Neste dia, os seus pais estiveram presentes pela primeira vez na Unidade e apenas durante um curto período de tempo, tendo sido realizado o primeiro ensino da troca da fralda.

O meu segundo contacto com o RN ocorreu dois dias depois, a 14/10/22. Através da informação recebida na passagem de turno, foi possível compreender que no dia anterior os pais tinham assistido pela primeira vez ao banho do RN e teria sido reforçada a importância de permanecerem mais tempo junto deste na Unidade.

Neste turno, foi novamente promovido o envolvimento dos pais nos cuidados ao RN, tanto por mim, como pela enfermeira orientadora. Os pais foram incentivados a realizar de forma autónoma a mudança da fralda, aplicação de creme, mudança da roupa do RN e foi iniciada a amamentação pela primeira vez.

Ao longo da prestação de cuidados, foram reforçados ensinamentos: sobre questões de segurança (a importância de levar previamente todo o material necessário, nunca deixar o bebé sozinho em cima de superfícies e posicionamento adequado do bebé para dormir), foi abordado o tema do controlo de temperatura do RN, adaptação à mama e manobras de desengasgamento.

A mãe do RN mostrou-se receptiva para envolvimento nos cuidados. Por sua vez, enquanto foram sendo realizados os ensinamentos, apenas acenava com a cabeça, negando dúvidas, não fazendo questões. Foram verificadas dificuldades por parte da mesma na manipulação do RN, tendo demorado cerca de 40 minutos para mudar a fralda e vesti-lo.

Foram verificadas dificuldades na amamentação, não tendo o RN, apresentado uma pega eficaz.

Quanto ao pai do RN, este permaneceu sentado ao telemóvel durante todo o tempo da prestação de cuidados, mesmo após ter sido incentivado por duas vezes a observar e participar. Chegou a levantar-se, passando a sentar-se novamente após uns segundos.

Após prestados os cuidados, foram garantidas condições para que o RN se mantivesse no colo da mãe. Neste momento, voltei a direccionar-me ao pai, incentivando-o a pegar também no RN ao colo, tendo este negado. Face à sua resposta, reforcei a importância da sua participação e envolvimento para o desenvolvimento das suas competências parentais, podendo aproveitar o internamento do RN para o esclarecimento de dúvidas, tendo este, simplesmente acenado com a cabeça.

Ao explorar o tema da segurança no berço, foi percebido também que ainda não possuíam berço para o RN em casa, assim como biberões, nem o restante material necessário para alimentação, ao que lhes foi solicitado que obtivessem o material com a maior brevidade.

No final do turno, foram ainda realizados ensinamentos, por parte da enfermeira orientadora, sobre a segurança do transporte rodoviário e foi-lhes enviado por email o documento de preparação para a alta da Unidade. Após findado o turno da manhã, a mãe ainda permaneceu na Unidade e o pai ter-se-á ausentado para obter o material solicitado.

O terceiro e último contacto ocorreu no dia seguinte, a 14/10/22. Através das informações recebidas em passagem de turno, foi possível compreender que não teriam sido realizados mais ensinamentos aos pais no dia anterior, prevendo-se uma alta para este dia.

A mãe do RN chegou à unidade pelas 11h, sem a presença do pai. Foi questionada se já tinham obtido o material solicitado, tendo a mesma apenas respondido positivamente a respeito do berço. Foi negociado com esta o momento apropriado para a realização do banho do RN para que fosse realizado pela própria e foi promovida a sua autonomia na prestação dos cuidados globais ao RN.

Como no dia anterior, foram identificadas muitas dificuldades da sua parte, nomeadamente na manipulação do bebé durante o banho. Quando questionada sobre ensinamentos fornecidos no dia anterior, não soube responder a variadas questões. Tal como no dia anterior, a pega na amamentação não foi eficaz.

Prevendo-se a alta do RN para este dia e compreendendo-se as dificuldades sentidas por parte destes pais, foi partilhado entre mim e a enfermeira orientadora, que estes não

estariam ainda preparados para levar o RN em segurança para casa, com risco de acidente ou desidratação.

A enfermeira orientadora falou com a médica responsável no sentido de adiar a alta. Por sua vez, a resposta da equipa não pareceu inclinar-se para este sentido. A enfermeira orientadora reforçou não concordar com a alta para este dia, compreendendo ser antecipada, colocando em risco a segurança do RN e que não ocorreria no seu turno.

Após este momento, sentei-me lado a lado da mãe do RN. Questionei-a se teriam realizado a leitura do documento de preparação para a alta, ao que a mesma responde positivamente. Não tendo ainda sido realizados ensinamentos a respeito da alimentação (frequência das mamadas e preparação de biberão em casa), efetuei esses ensinamentos.

Face ao elevado número de informações fornecidas e às dificuldades percebidas, considerei que seria importante novamente rever ensinamentos e validar conhecimentos.

Desta forma, após consentimento da enfermeira orientadora, imprimi uma cópia do documento de preparação para a alta da Unidade, peguei numa caneta e sentei-me novamente ao lado da mãe. Juntamente com esta, realizei a leitura transversal do documento a respeito dos seus diferentes conteúdos: banho, cuidados com o coto umbilical, alimentação e preparação de biberão, consultas de vigilância de saúde, vacinação, sinais de alarme e prevenção de acidentes. Ao longo deste tempo, foram sendo validados conhecimentos, esclarecidas dúvidas e escritas notas adicionais no documento de acordo com as suas necessidades para que pudesse consultar mais tarde.

Posteriormente, a mãe realizou uma chamada telefónica ao pai, solicitando-lhe os materiais ainda em falta. Procurei ainda compreender os recursos da família, tendo a mesma referido que iria ter o apoio da sua mãe para a prestação de cuidados ao RN.

Após este momento, a mãe agradece-me a disponibilidade e ausento-me junto desta, encontrando-se o turno já perto do fim.

No dia seguinte, apercebo-me que o RN A. teria tido alta para o domicílio no turno da tarde do dia anterior.

### **Pensamentos e sentimentos**

Desde o início desta experiência, senti-me negativamente suspensa com o tempo limitado que os pais permanecessem junto dos RN na UN. Este aspeto foi identificado tanto com o RN A., como com outros RN internados.

Pensei que este distanciamento físico dos pais, poderia resultar já de um processo de vinculação comprometido e que se agravaria ainda mais sem a sua presença. Pensei também, que o tempo limitado da presença dos pais, vinha ainda comprometer a realização dos ensinamentos preconizados de preparação para a alta do RN em tempo útil, essenciais para o desenvolvimento das competências parentais no cuidado autónomo ao RN.

No caso da experiência vivenciada, senti-me ainda surpreendida pela negação do pai do RN A. em querer participar nos cuidados, negando-se inclusivamente a pegar no RN ao colo. Após a experiência senti que talvez pudesse ter feito algo mais para promover a vinculação, pensei que poderia ter tentado perceber o que este sentia, a razão do seu comportamento, sendo nossa responsabilidade enquanto enfermeiros, promover a parentalidade de ambos os progenitores.

Por sua vez, constatei que estes pais eram naturais da Guiné, podendo existir de certa forma, um contexto cultural que justificasse o seu comportamento. Pela minha experiência na prestação de cuidados em internamento, lembrei-me que na sua cultura, muitas vezes são as mulheres que assumem grande parte da responsabilidade nos cuidados às crianças.

Quanto à comunicação junto da mãe do A., senti que esta apresentava inicialmente alguma dificuldade em compreender o que lhe era dito, que por vezes acenava positivamente com a cabeça, mas sem compreender de facto as informações fornecidas, pois quando questionada novamente não sabia responder.

Pensei e senti que era necessário adaptar a minha comunicação, no sentido de utilizar uma linguagem simples, explicando detalhadamente o que se pretendia da sua parte e procurando compreender de seguida o que tinha de facto apreendido das informações fornecidas. Da mesma forma, pensei ser natural as dificuldades que apresentava, tendo em conta que o A. era o seu primeiro filho e as informações fornecidas eram muitas face ao tempo em que se encontrava presente na Unidade.

No último contacto, pensei de facto que estes pais não se encontravam preparados para levar o RN para casa, apresentando ainda muitas dificuldades na prestação de cuidados, sentindo algum receio pelo risco de este sofrer algum acidente posterior.

Senti ser necessário, que alguém de se sentasse ao lado da mãe, mostrando disponibilidade, para de facto compreender e esclarecer as suas dúvidas, numa relação de proximidade, ajuda e confiança, tendo então procurado fazê-lo.

Ao realizá-lo, senti-me satisfeita, com um sentimento de dever cumprido. Senti que consegui estabelecer uma relação de confiança com a mãe do RN e esta ficou esclarecida e satisfeita com a minha intervenção.

Após este momento, lembrei-me de facto como é essencial o nosso papel enquanto enfermeiros, tanto para a promoção da vinculação dos pais com os RN, como através dos ensinamentos para a capacitação para o papel parental e segurança da criança.

Quanto à resposta da equipa multidisciplinar, senti-me de certa forma surpreendida pelo desejo de manter a alta do RN, face às dificuldades dos pais partilhadas.

### **Avaliação**

De acordo com o ciclo de Gibbs irei agora avaliar o que correu bem e o que correu menos bem ao longo da experiência (Gibbs, 1988).

De uma forma geral, considero a experiência vivenciada como uma experiência positiva, tendo-me proporcionado o exercício reflexivo e desenvolvimento de pensamento crítico, tanto no momento, como posteriormente.

Começando com os aspetos positivos da experiência em si, considero que apresentei uma intervenção adequada. Procurei oportunidades para promover o envolvimento dos pais nos cuidados ao RN, no sentido do desenvolvimento das suas competências parentais e a vinculação. Considero ter sido essencial o incentivo à prestação de cuidados de forma autónoma pelos pais, sob supervisão, fornecendo ensinamentos, no sentido de prepará-los para os cuidados ao RN no domicílio.

Avalio também como um aspeto positivo ter-me sentado ao lado da mãe, mostrando disponibilidade, revendo ponto a ponto os ensinamentos fornecidos, adequando a minha comunicação, recorrendo a uma linguagem simples e procurando efetivamente esclarecer as suas dúvidas. Acredito neste momento, ter estabelecido uma relação de confiança com esta.

Na intervenção junto do pai do RN, avalio positivamente a minha procura do seu envolvimento nos cuidados. Por sua vez, avalio negativamente o facto de não ter sido bem-sucedida, pelo que poderia ter procurado explorar e compreender razões subjacentes ao seu comportamento para que fosse possível promover a vinculação e a parentalidade.

Face às dificuldades identificadas por parte da família, avalio como correta a decisão da enfermeira orientadora de não dar alta de enfermagem ao RN naquele turno. Acredito que a enfermeira orientadora atuou corretamente, partilhando a sua opinião e decisão com a equipa médica.

Quanto a outros aspetos que correram menos bem durante a experiência: embora a alta do RN para o domicílio não tenha ocorrido na manhã, ocorreu no turno da tarde do mesmo dia. No meu entender, esta terá sido igualmente precoce. Embora entenda que o prolongamento de internamentos apresente os seus riscos, nomeadamente risco de aquisição de infeções nosocomiais, considero que a alta foi apressada, sendo igualmente essencial encontrarem-se asseguradas as condições para a segurança do RN no domicílio.

### **Análise**

Incentivar a parentalidade durante a hospitalização em contexto de Neonatologia é essencial para o processo de adaptação dos pais ao seu novo papel.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2018), a parentalidade, é a ação que se define como: “assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um RN na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2018, p.94).

É sabido, desta forma, que pelas mudanças que envolve e pela necessária adaptação a que o nascimento de uma criança provoca no seio familiar, o exercício da parentalidade é um dos maiores desafios que os seres humanos enfrentam (OE, 2015).

Desta forma, o papel do enfermeiro presente nestes momentos é essencial. Este deve procurar junto dos pais, promover o desenvolvimento das competências e responsabilidades parentais que lhes são exigidas, evitando confusões ou inseguranças sobre o que deles é esperado (OE, 2015).

A parceria de cuidados com os pais deve ser uma intervenção constante, apresentando-se o enfermeiro neste contexto, como uma fronteira entre a instituição hospitalar e a família/comunidade, assumindo um papel essencial na mudança de comportamentos, cultura de aprendizagem e promoção da segurança (Guimarães et al., 2012).

Analisando estes aspetos à luz da experiência, considero que foi promovida a parentalidade nos turnos em que estive presente, tendo sido prestados cuidados em parceria de forma constante. Foi incentivada a permanência dos pais junto do RN e foram otimizadas

oportunidades para o desenvolvimento das competências parentais, realizados ensinamentos e promovida a sua participação ativa nos cuidados ao RN.

Ao longo da experiência, foi, no entanto, possível verificar muitas dificuldades por parte dos pais na apropriação do seu novo papel e na compreensão das informações fornecidas.

Tal como refere a OE (2015), muitas vezes as informações fornecidas aos pais podem apresentar-se complexas e de difícil interpretação, pelo que partindo da identificação do grau de conhecimento que os pais demonstram, é essencial validar a informação com os mesmos (OE, 2015).

Relativamente a este aspeto, considero que adaptei a minha comunicação de forma adequada. Adaptei a minha comunicação para uma linguagem simples, validando a apropriação das diferentes informações prestadas ao longo dos turnos. Demonstrei disponibilidade, sentando-me ao lado da mãe do RN A., para rever e validar ponto a ponto, a apropriação dos diferentes conteúdos dos ensinamentos prestados.

Embora tenha sido promovida a parceria de cuidados, foi percebido por parte do pai do RN. A. um fraco envolvimento da sua parte, apresentando também menor tempo de permanência na Unidade, o que veio dificultar intervenção junto deste.

Como referi anteriormente, analiso este comportamento como tendo também uma influência cultural. Por sua vez, considero que teria sido importante ter aproveitado melhor a sua presença no segundo contacto, para explorar este aspeto, para que através da procura de uma relação de ajuda e confiança, fosse promovido o seu envolvimento e vinculação com o RN. Considero que teria sido importante que este pai tivesse pegado no RN ao colo e considero que, talvez, o tivesse conseguido, se tivesse procurado desmistificar possíveis receios que pudessem estar na origem do seu comportamento.

Este aspeto assume particular importância, pois compreende-se que a proximidade física no período pós-natal é essencial para o estabelecimento de um vínculo afetivo forte, tanto pelas experiências associadas ao novo papel, como pela possibilidade dos pais manifestarem comportamentos parentais (Querido et al., 2022). Correspondendo intervenções eficazes para iniciar o vínculo: a promoção de oportunidades de contacto físico e envolvimento nos cuidados (Poeira et al., 2021).

Considero por sua vez, que foi promovida a vinculação da mãe/RN ao longo da experiência vivenciada. Foi promovido nomeadamente o contacto através do colo e da amamentação. Nesses momentos, foram inclusive descritas à mãe as capacidades de

interação do RN. Considero que poderia ter sido benéfica a utilização do método canguru, promovendo o contacto pele a pele, muito utilizado também na Unidade, sendo um método promotor da vinculação.

Embora tenha participado de forma ativa nos cuidados prestados ao RN e promovido a participação dos seus pais, tendo esta experiência ocorrido na primeira semana de estágio, por vezes encontrei-me apenas a observar a intervenção por parte da enfermeira orientadora.

Embora apresentasse vontade de interagir, por vezes optei por não o fazer, procurando absorver as informações e ensinamentos prestados pela mesma, no sentido de compreender a sua intervenção para próximas oportunidades.

Considero, por sua vez, que todas as experiências proporcionam uma aprendizagem, mesmo que através da observação. À medida do decorrer do estágio, absorvendo informações, irei obter mais ferramentas para intervir, no sentido de procurar conseguir realizar as diversas intervenções de forma autónoma e adequada.

Analisando agora a decisão da alta do RN por parte da equipa multidisciplinar, considere ter sido algo antecipada, unicamente face às dificuldades sentidas por parte dos pais. Os meus receios com a alta do RN, prendiam-se essencialmente com o risco de reinternamento por acidente ou desidratação: pelas dificuldades sentidas pelos pais na manipulação do RN e na assimilação das informações de segurança fornecidas, além de ter sido verificada uma pega na mama ineficaz, com necessidade de fornecer leite adaptado suplementar, em que os pais ainda não tinham sequer adquirido os biberões ou o leite adaptado.

Desta forma, prevendo possibilidade de alta breve, procurei aprofundar mais detalhadamente estes tópicos junto da mãe quando me sentei ao lado desta no último momento de contacto. Juntamente com a validação dos restantes ensinamentos, reforcei com maior pormenor as questões de segurança, além da importância de obterem os biberões e leite adaptado antes da alta e cumprirem o horário de alimentação do RN, reforçando os riscos associados ao incumprimento. Considero que este último momento de contacto com a mãe do RN A. foi essencial, tendo permitido rever os ensinamentos e esclarecer as suas dúvidas, encontrando-se esta mais capacitada para o desenvolvimento do seu papel parental.

Considero por sua vez, que estes pais deveriam essencialmente ter sido preparados e informados em turnos anteriores da possibilidade da alta do RN, pois encontrando-se já o RN estável hemodinamicamente, a sua alta encontrava-se maioritariamente dependente da

autonomia dos pais na prestação de cuidados ao mesmo, o que estes não pareciam ter compreendido.

Embora tenham sido incentivados de forma contínua a estar presentes e prestar cuidados de forma autónoma ao RN, penso que não teriam compreendido verdadeiramente a importância da sua presença a respeito do impacto no percurso do internamento do RN. Uma maior aproximação e negociação com os mesmos iria inclusivamente, permitir garantir que teriam obtido todo o material necessário para os cuidados ao RN atempadamente.

Analisando documentação científica sobre a adequada data de alta do RN, este parece ser um tema controverso e muito variável entre os diferentes sistemas de saúde, sendo por sua vez consensual, que se encontrem assegurados os aspetos fisiológicos (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020).

Considera-se que a alta antecipada para o domicílio apresenta diversos benefícios: facilita a integração e o vínculo familiar, aumenta a satisfação dos pais, reduz o risco de infeção hospitalar e está associada a menores custos hospitalares. Por sua vez, verifica-se a existência de uma preocupação de que o tempo para realização de ensinamentos aos pais seja insuficiente (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020). Desta forma, é assim essencial promover o envolvimento parental desde o primeiro contacto do RN nas Unidades de Neonatologia, incluindo estes também como elementos alvo de cuidados.

## **Conclusão**

Considero que através da vivência da experiência relatada, aliada ao exercício reflexivo, foi promovido o pensamento crítico a respeito dos diferentes temas abordados.

Tal como descrito no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2015), no seu Artigo 109, no sentido da excelência do exercício, o enfermeiro assume o dever de: “a) Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (OE, 2015, p. 8103). Desta forma, o exercício reflexivo apresenta um papel importante, permitindo compreender o reconhecimento de aspetos a melhorar na prática, no sentido da melhoria.

Tal como refere a OE (2017), o exercício profissional do EEESIP é distinto pela filosofia de cuidados centrados na família, com ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes. Da mesma forma, reforça o mesmo também o Regulamento das Competências Específicas do EEESIP (2018), que refere que o EEESIP “utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio

como beneficiário dos seus cuidados” (OE, 2018, p.19192). No cuidado especializado a crianças, essencialmente RN, a parceria de cuidados junto dos seus pais/família é assim essencial e inevitável. A família assume-se também como unidade alvo dos nossos cuidados, sendo essencial compreender também os seus comportamentos, atitudes, valores e crenças específicas no sentido de prestar cuidados individualizados e personalizados.

A evidência científica vem reforçar a importância da parceria de cuidados no sentido da promoção da vinculação pais/RN e do desenvolvimento das novas competências parentais associadas aos novos papéis, devendo estes ser parte integrante do plano de cuidados, com vista ao desenvolvimento adequado da criança e sua segurança. Desta forma, é essencial o envolvimento precoce da família no processo de cuidar, desde o primeiro contacto, assim como o seu envolvimento na tomada de decisão.

O enfermeiro apresenta um papel essencial no apoio à experiência da parentalidade. Deve ser integrada uma negociação constante, entre o profissional e os pais, favorável e satisfatória, no sentido de estes se sentirem parte da equipa, favorecendo o sentimento de confiança (OE, 2015).

### **Planear a ação**

Daqui em diante, irei procurar manter o desenvolvimento contínuo das minhas competências enquanto futura EEESIP. Ao longo de mestrado e especialidade irei procurar absorver o máximo de aprendizagens nos diferentes estágios, mobilizando ainda os conteúdos teóricos lecionados anteriormente, procurando desenvolver continuamente as competências de acordo com o esperado para o EEESIP.

O questionamento sistemático da minha prática e a tomada de decisão baseada na evidência disponível e mais atualizada é um aspeto fundamental a manter ao longo de todo o meu percurso como enfermeira.

Considero ser essencial ao longo do meu percurso académico e profissional a manutenção do exercício reflexivo e desenvolvimento de um pensamento crítico sobre diferentes áreas. Da mesma forma, considero ser essencial a partilha de conhecimentos entre colegas, permitindo mobilizar competências e pontos fortes de cada profissional, no sentido da maximização dos mesmos.

Enquanto futura EEESIP apresentarei ainda responsabilidade acrescida de sensibilizar colegas sobre a importância do nosso papel, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados que prestamos.

Quanto ao tema abordado, da parceria de cuidados junto das famílias das crianças, enquanto futura EEESIP, procurarei respeitar, apoiar, encorajar e potenciar as competências das famílias de forma contínua, encarando sempre como alvo de cuidados a dupla: criança e família.

Ao longo do atual estágio irei procurar continuamente envolver ativamente os pais nos cuidados prestados ao RN no sentido do desenvolvimento das suas competências parentais e vinculação com os RN, procurando sempre como fim o desenvolvimento adequado e segurança do RN.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da atual reflexão crítica veio-me permitir distanciar da situação vivenciada e desenvolver uma reflexão estruturada e segmentada, essencial para o meu processo de crescimento pessoal e profissional.

De acordo com Guimarães et al. (2012), citando Robison (2003) e McGrath (2008), foram definidas quatro recomendações essenciais para guiar os enfermeiros nos cuidados aos RN, promotores do seu desenvolvimento:

“1. Realização de cuidados individualizados e flexíveis, baseados na identificação das respostas de cada criança e das suas competências, vulnerabilidades, limiares e capacidades emergentes; 2. Ambiente individualizado de apoio ao desenvolvimento para a criança e família; 3. Estabelecimento de uma relação de apoio à criança e família; 4. Realização de uma prática interdisciplinar colaborativa entre todos os prestadores de cuidados, para garantir uma continuidade de cuidados” (Guimarães et al., 2012, p.206).

Tal como foi analisado ao longo da reflexão crítica, estas recomendações vêm também despertar a respeito da importância atribuída ao desenvolvimento de uma relação de apoio junto dos pais e promoção do seu envolvimento nos cuidados aos RN.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese\\_translation.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf)
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: a guide to teaching and learning methods*. Oxford Brooks University.
- Guimarães, J., Costa, A., Caldeira, A., Nunes, A., Nicolau, A., Teixeira, A., Salazar, A., Macedo, A., Salgado, A., Pinto, C., Costa, C., Nora, D., Malveiro, D., Santos, E., Sousa, E., Cirurgião, F., Marques, F., Vieira, F., Vieira, H., ... Gonçalves, V. (2012). Neonatologia: Manual Prático. In *Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE*.
- Lei no 156/2015 da Assembleia da República. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: Ia série, n.o 181 (2015). [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?tabela=leis&nid=2446&pagina=1&ficha=1](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&nid=2446&pagina=1&ficha=1)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. In *Cadernos Ordem dos Enfermeiros* (Issue 8). Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP\\_ParentalidadePositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_ParentalidadePositiva_vf.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)
- Poeira, A. F., Dias, A., Condinho, L., Cerdeira, R., & Frias, A. (2021). O processo de vinculação do pai com o recém-nascido: uma revisão narrativa. In *A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida* (pp. 222–239). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/210705251>

Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Caldeira, S., & Nunes, E. (2022). Intervenções de enfermagem promotoras da vinculação ao recém-nascido hospitalizado: revisão scoping. *Enfermería Global*, 21(66), 625–637. <https://doi.org/10.6018/eglobal.479291>




Regulamento no 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Diário da República: II série, no 133 (2018). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Sociedade Brasileira de Pediatria. (2020). *Recomendações para alta hospitalar do Recém-Nascido Termo Potencialmente Saudável* (Vol. 7). Departamento Científico de Neonatologia.

APÊNDICE XVII – Auditoria à “Norma de Orientação Clínica: Dupla Verificação da Medicação”






<b>Relatório de Auditoria: NOC Dupla Verificação de Medicação</b>			
Serviço: Unidade de Neonatologia do 	Data: Outubro de 2022	Responsável do Serviço: 	Auditores: Mariana Sousa 


<b>Número de doentes internados no momento da auditoria:</b>	<b>Nº de profissionais auditados:</b>	<b>Nº de processos auditados:</b>
209	37 enfermeiros	49

**Objetivos:**

- Avaliar a taxa de conformidade dos registos de Enfermagem de acordo com as orientações estabelecidas na NOC Dupla Verificação de Medicação;
- Determinar a taxa de não conformidade;
- Identificar medidas corretivas e ações para melhoria contínua.

**Período de tempo alvo de auditoria:** Janeiro a dezembro de 2021.

**População:** Todos os RN internados na Unidade de Neonatologia do .

**Amostra selecionada:** Todos os RN internados na Unidade de Neonatologia do  até as 32 semanas de Idade Gestacional, ao longo do ano 2021 (correspondendo a 24% da totalidade dos RN internados nesse período).

A seleção dos critérios de amostragem resultou de se verificar uma maior prevalência de medicação administrada aos RN com menor idade gestacional, apresentando estes, maior vulnerabilidade a erros de administração terapêutica.

**Metodologia de colheita de dados:**

- Para recolha de dados foram consultados os registos efetuados no programa B-Simple, no período de janeiro a dezembro de 2021;

- Foram colhidos os dados relativos aos registos efetuados durante as 24h, do 3º dia de internamento, dos RN da amostra;
- De acordo com a NOC Dupla Verificação de Medicação, foi avaliada, na medicação prescrita e administrada, a presença de anotação que refira o nome do enfermeiro que confirmou a medicação prescrita e o seu número mecanográfico;
- De acordo com a mesma NOC, excetua-se a terapêutica de utilização regular, nomeadamente: ferro, polivitaminico, vitamina D e domperidona.

#### **Metodologia de análise dos dados:**

- Análise descritiva e percentual foi realizada com recurso ao programa informático EXCEL;
- Foram levantados os seguintes dados de cada RN da amostra: número de processo, número de episódio, data de internamento, data de avaliação e idade gestacional;
- Os itens em análise foram os seguintes: número de anotações em conformidade e número de anotações em incumprimento, dentro do total de medicamentos prescritos e administrados nas 24h do 3º dia de internamento;
- Foi avaliado como não conformidade a ausência de anotações do conjunto total: nome do enfermeiro que confirmou a medicação prescrita e o seu número mecanográfico, de acordo com a NOC Dupla Verificação de Medicação;
- Foi ainda possível analisar taxas de menor/maior incumprimento de acordo com o tipo de medicação administrada e tipo de incumprimento. – Refere-se à parte da análise poderá ser para retirar e apenas para apresentar na formação

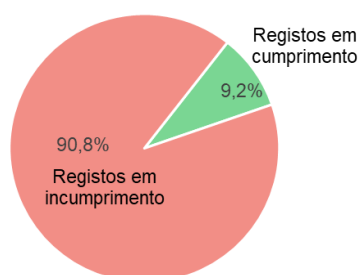
#### **Resultados obtidos**

- Foram preparados e administrados pelos enfermeiros da Unidade de Neonatologia 349 medicamentos, durante as 24h, do 3º dia de internamento, de todos os 49 RN incluídos na amostra.
- Verifica-se uma média diária de 7 medicamentos administrados nos RN da amostra.

- Da totalidade de medicamentos preparados e administrados, verificou-se o cumprimento do registo da dupla verificação do medicamento em 32 administrações (9,2%), resultando no incumprimento, a respeito do registo, em 317 administrações (90,8%).

Nº total terapêutica administrada nas 24h	349	100%
dos quais com dupla verificação cumprida	32	9,2%
dos quais em Incumprimento	317	90,8%

Cumprimento da Dupla Verificação da Medicação

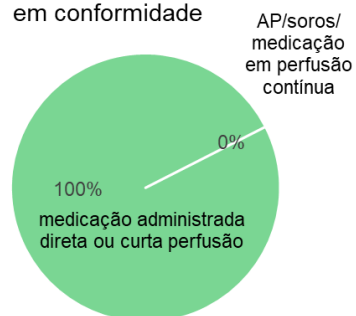


#### **Análise mais detalhada dos registos em conformidade**

- A totalidade dos registos que cumpriram os critérios foram de medicamentos de administração direta ou de curta duração de perfusão (100%).
- Por sua vez, verificou-se a ausência total de registos de dupla verificação relativa a medicamentos preparados para perfusão contínua, nomeadamente Alimentação Parentérica (AP) e Soros (0%). Nestes, foram observadas unicamente algumas notas ocasionais, a referir ter sido realizada a confirmação do ritmo de perfusão, não sendo por sua vez válidas para efeitos da atual auditoria.

Total Dupla verificação cumprida	32	100%
dos quais perfusão contínua	0	0%
dos quais outros	32	100%

Tipo de medicação dos registos em conformidade

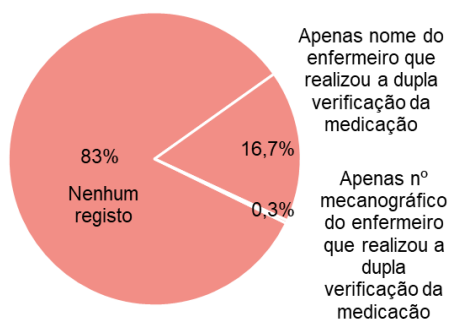


### Análise mais detalhada dos registos em inconformidade

- Dos 317 registos em não conformidade (90,8%), foi possível compreender que:
  - 263 (83%) não apresentavam qualquer anotação;
  - 53 (16,7%) foi descrito o nome do enfermeiro que realizou a dupla verificação da medicação, mas não foi descrito o seu número mecanográfico;
  - 1 (0,3%) foi descrito o número mecanográfico do enfermeiro que realizou a dupla verificação da medicação, mas não o seu nome.

Total Incumprimentos	317	100%
dos quais nenhuma nota	263	83%
dos quais apenas nome	53	16,7%
dos quais apenas nº mecanográfico	1	0,3%

Variantes de Incumprimento



### **Conclusões**

A Dupla Verificação da Medicação antes da administração da medicação tem a intenção de reduzir o potencial erro, evitando dano para o doente.

Os resultados obtidos revelam uma baixa adesão dos enfermeiros ao registo da Dupla Verificação da Medicação de acordo com a NOC orientadora.

Desta forma, parece ser essencial atuar na sensibilização dos enfermeiros, no sentido da melhoria contínua, desenvolvendo estratégias para aumentar o cumprimento das orientações.

### **Propostas para melhoria contínua**

- ✓ Divulgar os resultados da auditoria;
- ✓ Motivar a equipa de enfermagem para a manutenção de boas práticas, assim como registo continuado da dupla verificação terapêutica no sentido de dar visibilidade das intervenções realizadas;
- ✓ Realizar uma ação de formação aos enfermeiros da Unidade de Neonatologia, no sentido de reforçar o cumprimento da NOC;
- ✓ De acordo com o preconizado na NOC, realizar a sua revisão em 2023;
- ✓ Programar nova auditoria.

**REAVALIAÇÃO (DATA PREVISTA):** Outubro 2023

<b>Data:</b> Outubro 2020	<b>ASSINATURA DOS AUDITORES</b>



APÊNDICE XVIII – Plano de Sessão Formativa “Auditoria à Norma de Orientação Clínica: Dupla Verificação de Medicação - Ação de melhoria contínua para a promoção da segurança na administração de medicação”





# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

### ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

Ano letivo: 2022/2023

## **Plano de Sessão Formativa**

**Auditoria: NOC Dupla Verificação de Medicação**

Ação de melhoria contínua para a promoção da segurança na administração de medicação

Discente:

Mariana Serpa Teixeira de Sousa nº192021082

Docente orientador:

Professora Doutora Margarida Lourenço

Enfermeira orientadora:



Outubro, 2022

## 0. INTRODUÇÃO

A realização da atual sessão formativa decorre enquanto atividade a que me propus desenvolver no estágio na UN do [REDACTED], inserido na UC de Estágio Final e Relatório, do Mestrado em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Através do diagnóstico situacional realizado no estágio na UN do [REDACTED] foi identificada a necessidade de realização de auditoria a respeito da NOC Dupla Verificação da Medicação realizada em 2020. Neste âmbito, apresentei como proposta de atividades a desenvolver a realização da mesma auditoria, seguida de uma sessão de formação aos enfermeiros da Unidade no sentido de divulgar os resultados e sensibilizar para o cumprimento das orientações para promoção da segurança.

Após realização de auditoria foi verificado um baixo nível de cumprimento das orientações da NOC Dupla Verificação da Medicação, no que se refere ao seu registo (9,2% de cumprimento). Este resultado, veio ainda reforçar a necessidade efetiva da realização de uma sessão de formação, compreendendo a necessidade de sensibilizar os profissionais para este tema, lembrando os conteúdos da mesma NOC e a necessidade de efetuar registos no sentido de comprovar as intervenções realizadas.

No atual documento irei inicialmente apresentar a fundamentação da pertinência do tema da Dupla Verificação da Medicação no âmbito do contexto de prestação de cuidados em Neonatologia para a promoção da segurança do paciente. Posteriormente, será apresentado o plano de sessão formativa em forma de tabela. Apresentarei de seguida a estratégia utilizada para a divulgação da sessão formativa, seguido da apresentação dos dispositivos que serão utilizados para a sessão de formação. Por fim, será apresentada como será realizada a avaliação da sessão formativa.

## 1. FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA

Os erros relacionados com a administração de medicamentos são os erros mais frequentemente relatados nos Sistemas de Saúde (Lima et al., 2022).

Segundo o National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (2022), o erro de medicação define-se como qualquer evento evitável relacionado com o uso inadequado de medicamentos que pode causar danos ao paciente.

As crianças, principalmente, os recém-nascidos, pela sua especificidade, correspondem a um grupo de risco acrescido no âmbito do erro terapêutico. Da sua especificidade destaca-se: o metabolismo acelerado e a maior variação do peso corporal, tornando necessário o ajuste frequente de doses e concentrações de medicamentos; a imaturidade no desenvolvimento de órgãos e sistemas; a curiosidade e imprevisibilidade dos movimentos; e características do próprio desenvolvimento da criança, carecendo estes de maior monitorização e vigilância constantes (Peres et al., 2018).

Acrescenta-se ao exposto, que além da maior suscetibilidade ao erro, as consequências do mesmo podem ainda ser mais graves para estas idades, uma vez que na infância são menores os mecanismos adaptativos de defesa e é mais acelerado o metabolismo, levando a que a absorção dos medicamentos ocorra de forma mais rápida, reduzindo o tempo hábil para a correção do erro (Rocha et al., 2018).

Compreende-se ainda que o erro é passível de acontecer em qualquer fase do processo que vai da distribuição à administração da medicação (Camerini et al., 2022). É, no entanto, a etapa da administração dos medicamentos, a mais suscetível ao erro (Lima et al., 2022). Exercendo os enfermeiros responsabilidade na preparação e administração dos medicamentos, são elementos capazes de detetar e eliminar erros anteriores no processo e são responsáveis qualquer erro que ocorra durante a preparação e administração dos mesmos (Rocha et al., 2018).

Entende-se que os incidentes raramente ocorram por negligência dos profissionais, resultando muitas vezes de falhas no sistema, fadiga dos profissionais e carência de pessoal capacitado (Camerini et al., 2022).

É assim essencial a adoção de medidas preventivas para reduzir o erro na administração da medicação, através da implementação de estratégias simples e de baixo custo de maneira a reorganizar os processos de trabalho e as práticas profissionais (Camerini et al., 2022).

A Dupla Verificação da Medicação é considerada uma estratégia preventiva para a redução de erros na administração de medicação. Esta deve ser realizada antes da administração da medicação, com intenção de reduzir o potencial erro e dano para o paciente. O procedimento da Dupla Verificação da Medicação deverá ser realizado por dois enfermeiros, para que em conjunto, seja confirmada a prescrição, a dosagem, o doente, a preparação, a hora e a via de administração (Sales et al., 2018).

São ainda outros fatores que podem diminuir a ocorrência de erros: a formação contínua da equipa, a experiência dos profissionais e o comprometimento de cada elemento para evitar erros (Rocha et al., 2018).

## 2. PLANO DA SESSÃO FORMATIVA

**Tema:** “Auditoria: NOC Dupla Verificação de Medicação - Ação de melhoria contínua para a promoção da segurança na administração de medicação”

**Formadora:** Mariana Sousa

**Formandos:** Enfermeiros da UN do [REDACTED]

**Local:** *Microsoft Teams*

**Data:** 10/11/2022

**Hora:** 15:30h

**Duração:** 30 minutos

**Objetivo:** Promover a uniformização dos procedimentos de enfermagem para prevenir erros de medicação e incidentes, aumentando a segurança dos RN internados na UN do [REDACTED]

Para realização da Sessão Formativa, foi realizado o Quaro 1. repartindo a sessão em 4 fases: Introdução, Desenvolvimento, Conclusão e Avaliação. Em cada uma das fases, foram definidos os conteúdos a abordar, método, recursos materiais e tempo.

Fases	Conteúdos	Método	Recursos materiais	Tempo
Introdução	- Apresentação do formador; - Exposição dos objetivos; - Exposição dos conteúdos a abordar; - Apresentação da pertinência da formação.	Expositivo	- Computador; - Zoom; - Apresentação PWP.	3 minutos
Desenvolvimento	- Apresentação de conteúdos sobre o erro terapêutico (definição, papel do enfermeiro, contexto neonatal);	Expositivo	- Computador; - Zoom; - Apresentação PWP;	15 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da Dupla Verificação da Medicação como estratégia preventiva;</li> <li>- Revisão do Fluxograma da “NOC Dupla Verificação da Medicação”.</li> <li>- Divulgação dos resultados da “Auditoria: NOC Dupla Verificação da Medicação”.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- NOC: Dupla Verificação da Medicação.</li> <li>- Auditoria: NOC Dupla Verificação da Medicação;</li> </ul>	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese dos conteúdos abordados;</li> <li>- Esclarecimento de questões;</li> <li>- Incentivo à partilha de opiniões/ dificuldades e propostas para melhoria contínua.</li> </ul>	Expositivo Interativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador;</li> <li>- Zoom;</li> <li>- Apresentação PWP.</li> </ul>	10 minutos
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecimento de Questionário de Avaliação.</li> </ul>	Diálogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicação <i>Survio</i>;</li> <li>- Questionário de avaliação.</li> </ul>	2 minutos

Quadro 1. Plano da Sessão Formativa

### 3. DIVULGAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

A divulgação da sessão formativa será realizada por meio da partilha do seguinte cartaz informativo no grupo do *WhatsApp* dos enfermeiros e para afixação na sala de enfermagem da UN do [REDACTED]:



The image shows a promotional poster for a training session. On the left, there is a photograph of a brown teddy bear with a medical syringe in its hand. The syringe is clear with a red plunger and a needle. The bear has a white bandage on its right paw. The background of the poster is light gray. The text is in teal and black. There is a black rectangular redaction mark in the top right corner of the poster.

**AUDITORIA:  
NOC DUPLA  
VERIFICAÇÃO DA  
MEDICAÇÃO**

Ação de melhoria contínua  
para a promoção da  
segurança na administração  
de medicação

Sessão de Formação  
dirigida aos enfermeiros da  
Unidade de Neonatologia  
[REDACTED]

Dia 10 de Novembro de 2022  
15:30h - 16h  
via Teams

Por Mariana Sousa  
Aluna de Mestrado e Especialidade em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria  
da Universidade Católica Portuguesa

Figura 1. Cartaz de divulgação de sessão de formação


## 4. APRESENTAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA



### Auditoria:

## NOC DUPLA VERIFICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

Ação de melhoria contínua para a promoção da segurança na administração de medicação

Unidade de Neonatologia do 


Elaborado por: Mariana Sousa

Aluna de mestrado e especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Sob orientação da Enf. Especialista em ESIP: 



## OBJETIVO

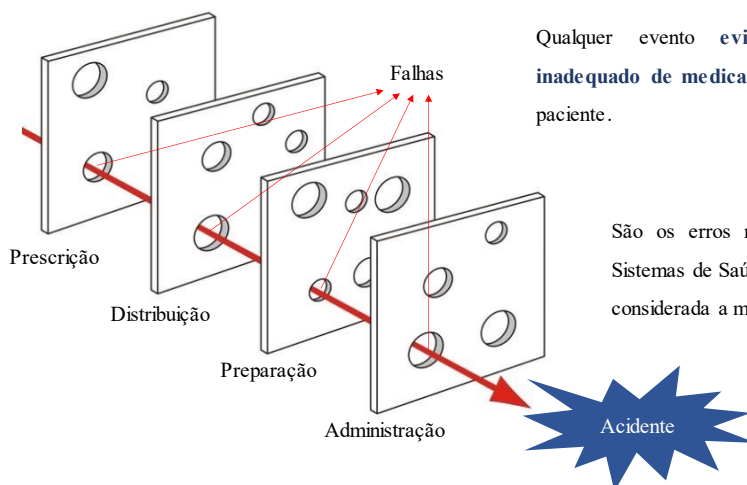
Promover a **uniformização dos procedimentos** de enfermagem para prevenir erros de medicação e incidentes, **aumentando a segurança** dos RN internados na Unidade de Neonatologia do .



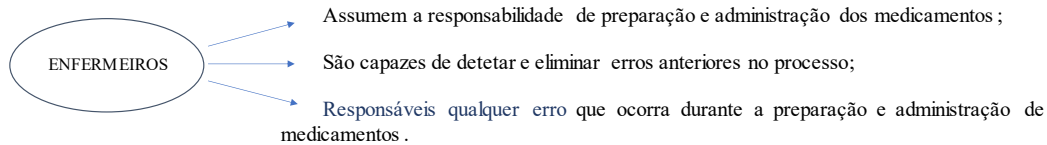
## SUMÁRIO

- O erro de medicação
- O erro de medicação na Neonatologia
- Dupla verificação de Medicação
- Fluxograma da NOC Dupla Verificação de Medicação
- Auditoria NOC Dupla Verificação de Medicação

## O ERRO DE MEDICAÇÃO



## O ERRO DE MEDICAÇÃO



(Rocha et al., 2018)

Incidentes raramente ocorrem por negligência, resultando muitas vezes de falhas no sistema, fadiga dos profissionais e carência de pessoal capacitado.

É essencial a adoção de medidas preventivas para reduzir o erro através da implementação de estratégias simples e de baixo custo de maneira a reorganizar os processos de trabalho e as práticas profissionais.

(Camerini et al., 2022)

## O ERRO DE MEDICAÇÃO NA NEONATOLOGIA

As crianças, principalmente, os recém-nascidos, correspondem a um grupo de risco:

- Metabolismo acelerado e maior variação do peso corporal, tornando necessário o ajuste frequente de doses e concentrações de medicamentos;
- Imaturidade no desenvolvimento de órgãos e sistemas;
- Curiosidade e imprevisibilidade dos movimentos.



(Peres et al., 2018)

São menores os mecanismos adaptativos de defesa e é mais acelerado o metabolismo, a absorção dos medicamentos ocorre de forma mais rápida, reduzindo ainda o tempo hábil para a correção do erro.

(Rocha et al., 2018)

## DUPLA VERIFICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

- É uma **estratégia preventiva** para a redução de erros na administração de medicação;
- Deve ser realizada antes da administração da medicação, com intenção de reduzir o potencial erro e dano para o paciente;
- Deverá ser realizado por **dois enfermeiros**, para que em conjunto, seja confirmada **a prescrição, a dosagem, o doente, a preparação, a hora e a via de administração**.

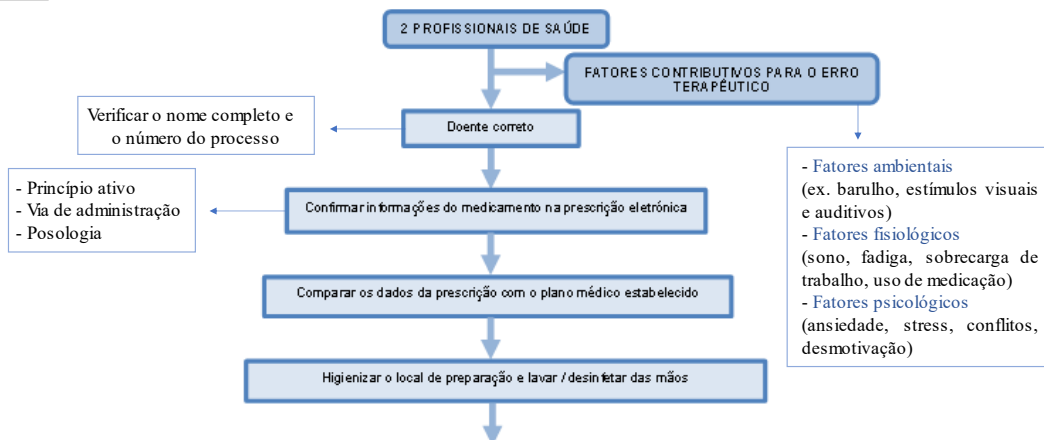


(Sales et al., 2018)

## NOC DUPLA VERIFICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FARMÁCIA

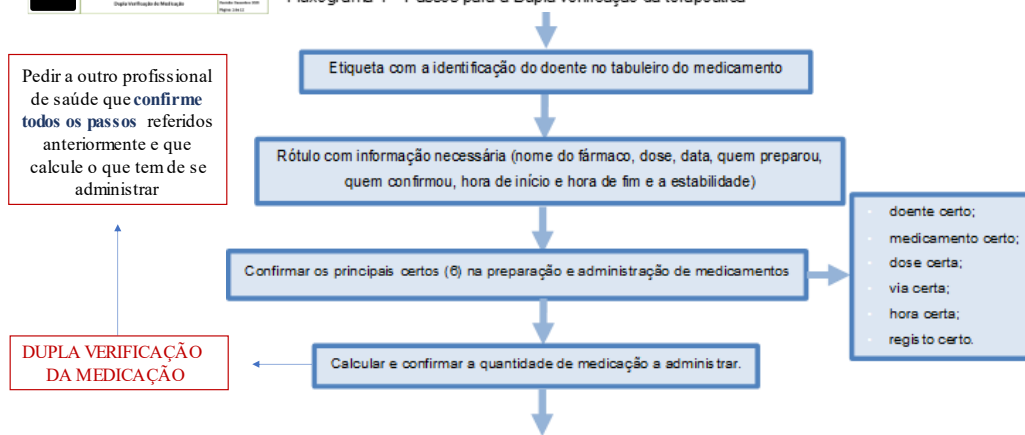
Fluxograma 1 – Passos para a Dupla verificação da terapêutica



## NOC DUPLA VERIFICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

NÚMERO DE REGISTRAÇÃO CLÍNICA Nº ...  
 10000  
 Dupla Verificação da Medicação

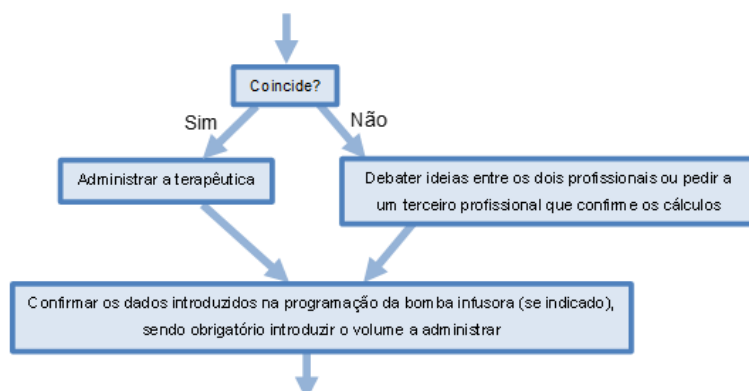
Fluxograma 1 – Passos para a Dupla verificação da terapêutica



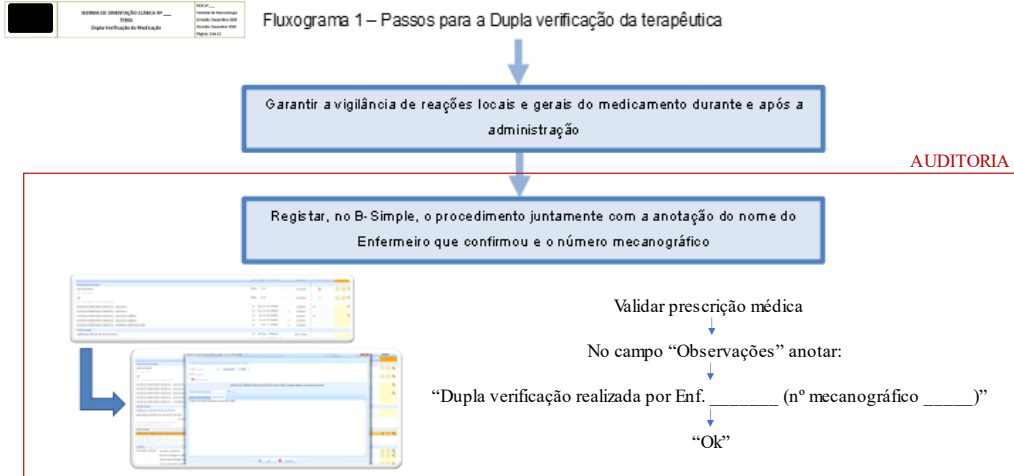
## NOC DUPLA VERIFICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

NÚMERO DE REGISTRAÇÃO CLÍNICA Nº ...  
 10000  
 Dupla Verificação da Medicação

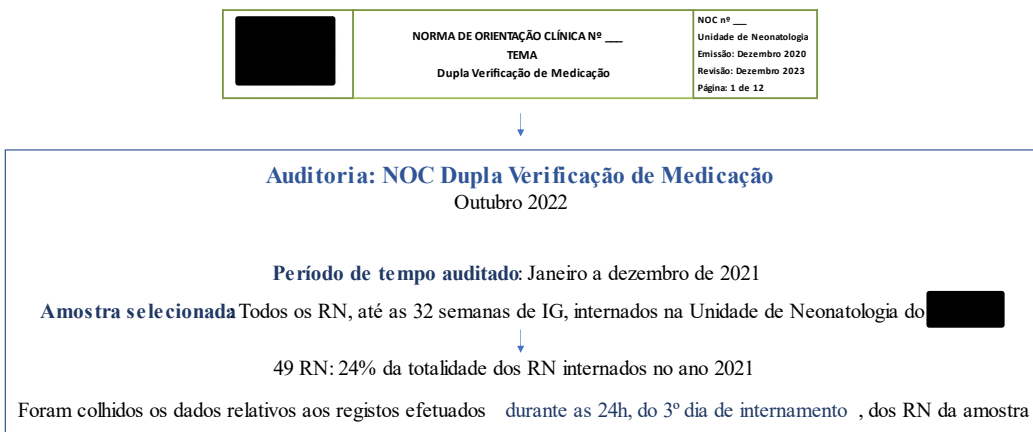
Fluxograma 1 – Passos para a Dupla verificação da terapêutica



## NOC DUPLA VERIFICAÇÃO DA MEDICAÇÃO



## AUDITORIA NOC DUPLA VERIFICAÇÃO DA MEDICAÇÃO



## AUDITORIA NOC DUPLA VERIFICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

### RESULTADOS:

Da totalidade de medicamentos preparados e administrados (349), verificou -se:

- O **cumprimento** total do registo da Dupla Verificação do Medicamento em 32 administrações (9,2%);
- O **incumprimento** do registo em 317 administrações (90,8%).

Nº total medicação administrada	349	100%
dos quais com Dupla Verificação Cumprida	32	9,2%
dos quais em Incumprimento	317	90,8%

Cumprimento da Dupla Verificação da Medicação



## AUDITORIA NOC DUPLA VERIFICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

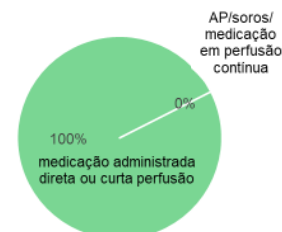
### RESULTADOS:

#### Análise dos registos em conformidade

- A totalidade dos registos em conformidade (32) foram relativos a medicação de administração direta ou de curta duração de perfusão (100%);
- Verificou-se a **ausência total** de registos de Dupla Verificação de Medicação relativa a medicamentos preparados para perfusão contínua, nomeadamente Alimentação Parentérica (AP) e Soros (0%).

Total Dupla Verificação cumprida	32	100%
dos quais perfusão contínua	0	0%
dos quais outros	32	100%

Tipo de medicação dos registos em conformidade



## AUDITORIA NOC DUPLA VERIFICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

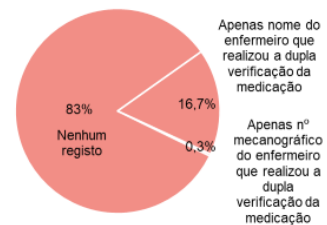
### RESULTADOS

#### Análise dos registos em incumprimento

Dos 317 registos em incumprimento foi possível compreender que:

- 263 (83%) não apresentavam qualquer anotação;
- Em 53 (16,7%) registos foi descrito apenas o nome do Enfermeiro que realizou a Dupla Verificação da Medicação, mas não o seu número mecanográfico;
- Em 1 (0,3%) registo foi descrito o número mecanográfico do Enfermeiro que realizou a Dupla Verificação da Medicação, mas não o seu nome.

Variantes de Incumprimento



Total Incumprimentos	317	100%
dos quais nenhuma nota	263	83%
dos quais apenas nome	53	16,7%
dos quais apenas nº mecanográfico	1	0,3%

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A Dupla Verificação da Medicação tem a intenção de reduzir o potencial erro, evitando dano para o doente;
- Os resultados obtidos revelam uma baixa adesão ao registo da Dupla Verificação da Medicação de acordo com a NOC Dupla Verificação da Medicação:

Importa a colaboração de toda a equipa!

Grau de cumprimento pretendido de acordo com a NOC DVM (2020)	Auditorias
No primeiro ano: 50%	9,2%
No segundo ano: 60%	?
No terceiro ano: 70%	?

- A monitorização e notificação de erros e incidentes é também essencial para a adoção de novas medidas para tornar os sistemas de cuidados de saúde mais seguros.

---

# OBRIGADA

## Questões



---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Camerini, F., Lage, J., Fassarella, C., Henrique, D., & Franco, A. (2022). Avaliação da administração de medicamentos: identificando riscos e implementando barreiras de segurança. *Journal of Nursing and Health*, 12(1).
- Lima, E., Valente, F., & Souza, A. (2022). Ocorrência de erros no preparo e na administração de medicamentos em unidade de pronto atendimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.5216/ree.v24.68956>
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. (2022). *About Medication Errors*. NCCMERP. <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>
- Pereira, A., & Gaio, S. (2020). *Norma de Orientação Clínica: Dupla Verificação da Medicação*.
- Peres, M., Wegner, W., Cantarelli-Kantorski, K., Gerhardt, L., & Magalhães, A. (2018). Percepção de familiares e cuidadores quanto à segurança do paciente em unidades de internação pediátrica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017>
- Rocha, C. M., Gomes, G. C., Ribeiro, J. P., Mello, M. C. V., Oliveira, A. M. N., & Maciel, J. B. D. S. (2018). Administração segura de medicamentos em neonatologia e pediatria: cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 12(12), 3239–3246. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a235858-p3239-3246-2018>
- Sales, L., Quintão, J., & Teixeira, M. (2018). Segurança na preparação e administração de medicação pelo enfermeiro: quantos são os “certos”? *Revista de Ciências Da Saúde Da ESSCVP*, 10, 30–40. [www.salutisscientia.esscvp.eu](http://www.salutisscientia.esscvp.eu)

## 5. AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

Para efeitos de avaliação da sessão formativa foi realizado um questionário de avaliação da satisfação para os profissionais utilizando a ferramenta *Survio*. Este questionário foi desenvolvido para ser preenchido pelos enfermeiros presentes na sessão de formação, sendo tendo sido incentivados a tal após o término da sessão. Para este efeito, foi disponibilizado o link na plataforma *Microsoft Teams*.

Preencheram ao questionário 12 enfermeiros. A informação e questões disponibilizadas na ferramenta *Survio* para avaliação da sessão formativa, assim como os resultados das respostas dos enfermeiros, foram as seguintes:

Avaliação da Sessão Formativa “Auditoria: NOC Dupla Verificação de Medicação”					
<p>O atual questionário pretende conhecer a sua avaliação a respeito da sessão formativa “Auditoria: NOC Dupla Verificação de Medicação - Ação de melhoria contínua para a segurança na administração de medicação”.</p> <p>Os dados serão utilizados unicamente para fins académicos.</p> <p>A sua participação é anónima e os dados serão tratados de forma coletiva, sendo a confidencialidade assegurada.</p> <p>Muito obrigada pela sua colaboração.</p>					
<p>Por favor, utilizando a escala de 1 a 5 valores, selecione a opção que melhor expresse a sua opinião.</p> <p>1 = discorda totalmente; 2 = discorda; 3 = não concorda nem discorda; 4 = concorda; 5 = concorda totalmente.</p>					
<b>Apreciação Global da Sessão de Formação</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. As suas expectativas foram satisfeitas.				3	9
2. Os objetivos foram atingidos.				1	11
3. Todos os aspetos abordados foram importantes.				1	11
4. Teve interesse/utilidade para a sua atividade profissional.				1	11
5. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.			2	2	8
6. Favoreceu reflexão sobre a sua prática profissional.				3	9
7. Permitiu a identificação de aspetos que podem ser melhorados.					12
8. A bibliografia foi suficiente e adequada.			1	3	8
9. Os meios audiovisuais foram adequados.			1	1	10

10. A duração da formação foi adequada.				2	10
11. O horário da formação foi adequado.				2	10

Por favor, utilizando a escala de 1 a 5 valores, selecione a opção que melhor expresse a sua opinião.

1 = insuficiente; 2 = suficiente; 3 = bom; 4 = muito bom; 5 = excelente

<b>Apreciação Global do Formador</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
12. Domínio dos conteúdos apresentados.				3	9
13. Facilidade na transmissão da informação.			1	2	9
14. Clareza na transmissão da informação.			1	2	9
15. Capacidade para motivar e despertar interesse dos formandos.			2	3	7
16. Estímulo à participação dos formandos.			2	4	6
17. Interesse no esclarecimento de dúvidas.				4	8
18. Gestão de tempo.				2	10
19. Pontualidade.					12

A sua resposta foi registada. Obrigada pela sua colaboração.

Quadro 2. Resultados do questionário de Avaliação da Sessão Formativa

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Camerini, F. G., Lage, J. S. L., Fassarella, C. S., Henrique, D. M., & Franco, A. S. (2022). Avaliação da administração de medicamentos: identificando riscos e implementando barreiras de segurança. *Journal of Nursing and Health*, 12(1), artigo e2212120501. <https://doi.org/10.15210/jonah.v12i1.20501>
- Lima, E. L., Valente, F. B. G., & Souza, A. C. S. (2022). Ocorrência de erros no preparo e na administração de medicamentos em unidade de pronto atendimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 24, artigo 68956. <https://doi.org/10.5216/ree.v24.68956>
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. (2022, May 17). *About Medication Errors*. <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>
- Pereira, A., & Gaio, S. (2020). *Norma de Orientação Clínica: Dupla Verificação da Medicação*.
- Peres, M. de A., Wegner, W., Cantarelli-Kantorski, K. J., Gerhardt, L. M., & Magalhães, A. M. M. (2018). Perception of family members and caregivers regarding patient safety in pediatric inpatient units. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e2017-0195. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0195>
- Rocha, C. M., Gomes, G. C., Ribeiro, J. P., Mello, M. C. V., Oliveira, A. M. N., & Maciel, J. B. D. S. (2018). Administração segura de medicamentos em neonatologia e pediatria: cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE OnLine*, 12(12), 3239–3246. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a235858p3239-3246-2018>
- Sales, L., Quintão, J., & Teixeira, M. (2018). Segurança na preparação e administração de medicação pelo enfermeiro: quantos são os “certos”? *Revista de Ciências Da Saúde Da ESSCVP*, 10, 30–40. <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=31763>



APÊNDICE XIX - Questionário de satisfação do internamento



16. De uma forma global como avalia o internamento?

Muito bom    Bom    Razoável    Mau

O que mais lhe agradou?

---



---



---



---

O que menos lhe agradou?

---



---



---



---

O que consi

---



---



---



---

Comentários adicionais:

---



---



---



---

Muito obrigada pelo tempo dispensado no preenchimento deste questionário



UNIDADE DE NEONATOLOGIA

## Questionário de satisfação/avaliação do internamento

2022

Caro (a) pai/mãe,

O preenchimento deste questionário tem como objetivo avaliar a sua satisfação quanto ao internamento do seu filho (a).

A sua opinião é muito importante podendo contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados futuramente.

Não existem respostas certas ou erradas, interessando apenas a sua opinião sincera. Este questionário é anónimo, pelo que será salvaguardada a sua confidencialidade.

Assinale com um círculo na resposta que considerar mais adequada.

Número de dias de internamento: \_\_\_\_\_

1. Os profissionais responsáveis pelo seu filho (a) apresentaram-se pelo nome?

Enfermeiros	Sim	Não
Médicos	Sim	Não
Auxiliares	Sim	Não

2. Foi-lhe explicado o motivo de internamento?

Sim	Não
-----	-----

3. Foi informado (a) das condições do serviço?

Espaços destinados aos pais	Sim	Não
Rotinas e normas do serviço	Sim	Não
Tipo e horário de visitas	Sim	Não

4. Foi-lhe facultado o guia de acolhimento?

Sim	Não
-----	-----

5. Considerou que o seu filho (a) se encontrava devidamente identificado?

Sim	Não
-----	-----

6. Foi-lhe explicada a importância da lavagem das mãos e utilização de equipamento de proteção individual?

Sim	Não
-----	-----

7. Foi informado (a) relativamente a exames/tratamentos a que o seu filho (a) foi submetido?

Sim	Não
-----	-----

8. Sentiu-se à vontade para expor as suas dúvidas/sentimentos à equipa?

Enfermeiros	Sim	Não
Médicos	Sim	Não
Auxiliares	Sim	Não

9. Sentiu que as suas preocupações foram escutadas pela equipa?

Enfermeiros	Sim	Não
Médicos	Sim	Não
Auxiliares	Sim	Não

10. Qual o seu nível de satisfação com a quantidade e qualidade da informação fornecida?

Enfermeiros	Muito bom	Bom	Razoável	Mau
Médicos	Muito bom	Bom	Razoável	Mau
Auxiliares	Muito bom	Bom	Razoável	Mau

11. Sentiu que foram garantidas condições para a segurança do seu filho?

Sim	Não
-----	-----

12. Quanto ao espaço físico. Considerou:

Arrumado	Sim	Não
Limpo	Sim	Não
Agradável	Sim	Não
Calmo	Sim	Não

13. Foi-lhe permitido prestar cuidados ao seu filho sempre que possível?

Sim	Não
-----	-----

14. Na preparação para a alta foi-lhe fornecido o manual da alta do recém-nascido?

Sim	Não
-----	-----

15. Na preparação para a alta ficou esclarecido sobre:

Cuidados de higiene	Sim	Não
Preparação de biberões	Sim	Não
Amamentação	Sim	Não
Sono e repouso	Sim	Não
Agitação	Sim	Não
Dor/cólicas	Sim	Não
Posicionamento	Sim	Não
Técnica do canguru	Sim	Não
Prevenção de acidentes	Sim	Não
Transporte no veículo automóvel	Sim	Não
Medicação (dose, horários, etc.)	Sim	Não
Sinais de alarme	Sim	Não
Vigilância de saúde	Sim	Não



APÊNDICE XX - Análise SWOT realizada no Serviço de Urgência Pediátrica



Análise SWOT	FATORES POSITIVOS	FATORES NEGATIVOS
FATORES INTERNOS	<p><b>Forças</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupação com a existência de um enfermeiro experiente em cada turno (garantindo a presença de um elemento com maior competência na gestão do SUP, que fornecesse suporte, orientação e apoio à equipa);</li> <li>- Boa relação entre enfermeiros e entre estes e equipa multidisciplinar (resultando num bom ambiente de trabalho, promotor da motivação dos profissionais);</li> <li>- Múltipla documentação disponível atualizada e bem organizada (nomeadamente normas e protocolos, permitindo uniformização e orientação dos cuidados);</li> <li>- Existência de múltiplas estratégias para promoção da segurança do paciente direcionadas a profissionais e a pais/acompanhantes (cartaz informativo sobre a atuação rápida em situações de emergência, cartaz sobre a preparação e administração de medicação de emergência, lista de verificação pré-cirúrgica, documento de registo da dupla verificação terapêutica na administração de hemoderivados, protocolo de atuação em situações de suspeita de maus-tratos/abuso sexual em crianças, além de folhetos e cartazes com orientações direcionadas a crianças/jovens e familiares);</li> <li>- Realização de registos de enfermagem em sistema informático (facilitando o processo de triagem, planeamento e continuidade dos cuidados).</li> <li>- Percurso de doentes bem organizado e estruturado.</li> </ul>	<p><b>Fraquezas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Espaços físicos desadequados (independentemente da idade e tamanho das crianças internadas em SO, encontravam-se sempre disponíveis 5 camas e 1 berço, verificando-se a permanência de crianças colocadas em camas de dimensões desadequadas ao seu tamanho, aumentando o risco de queda);</li> <li>- Não aplicação de algumas estratégias promotoras de segurança disponíveis (não sendo fornecido aos pais/acompanhantes o folheto informativo sobre a prevenção de quedas que existia, considerando a equipa este ser muito extenso);</li> <li>- Não realização de dupla verificação de medicação por rotina (exceto na administração de hemoderivados);</li> <li>- Ausência de avaliação do risco de queda e de úlceras por pressão das crianças internadas em SO (uma vez que o sistema informático não dispunha escalas de avaliação adaptadas à pediatria, não sendo realizada a avaliação do risco).</li> </ul>
FATORES EXTERNOS	<p><b>Oportunidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abertura por parte da equipa de enfermagem e enfermeira chefe para o desenvolvimento de novas atividades e projetos visando da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados no âmbito da segurança do paciente, nomeadamente a atualização de documentação da Unidade (concretamente do folheto sobre a prevenção de quedas direcionado aos pais/ acompanhantes); implementação da prática rotineira da dupla verificação terapêutica através de criação de documentos de registo (essencialmente importante na administração de sedativos e analgésicos durante procedimentos cirúrgicos); realização de sessões de formação (enquanto ferramenta importante para aumentar a qualidade dos cuidados, garantindo a conformidade das práticas à luz dos regulamentos e normas); desenvolvimento de estratégias no sentido de realizar a avaliação do risco de queda e UP das crianças internadas em SO (considerando que através de uma avaliação adequada do risco, poderiam ser também implementadas medidas de prevenção mais adequadas);</li> <li>- Existência de variados enfermeiros em integração no SUP.</li> </ul>	<p><b>Ameaças</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitação da intervenção na reestruturação de espaços físicos pela chefia, associado a custos e gestão hospitalar;</li> <li>- Tempo de estágio limitado (requerendo a identificação de atividades prioritárias de intervenção, no sentido do alcance dos objetivos por mim definidos).</li> </ul>



APÊNDICE XXI - Reflexão crítica – estágio de Urgência Pediátrica





# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

Ano letivo: 2022/2023

## **Reflexão Crítica**

Contexto de estágio: Serviço de Urgência Pediátrica

Discente:

Mariana Serpa Teixeira de Sousa nº192021082

Docente orientador:

Professora Doutora Margarida Lourenço

Enfermeira orientadora:



Dezembro, 2022

## INTRODUÇÃO

No âmbito da UC Estágio Final e Relatório, inserida no Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, encontro-me atualmente a realizar estágio no SUP do



Para cada contexto de estágio, foi-nos proposta a realização de um Projeto Individual de Aprendizagem, onde foram estipulados os objetivos e atividades a desenvolver.

Constituindo-se o exercício da reflexão um exercício essencial para a estruturação do pensamento e desenvolvimento de espírito crítico, a realização da atual reflexão crítica surge como uma das atividades a que me propus realizar, no sentido de promover, tanto crescimento pessoal, como profissional, para o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EEESIP.

A reflexão crítica será realizada segundo o ciclo de Gibbs, envolvendo as seguintes etapas: descrição, pensamentos e sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação (Gibbs, 1988).

A atual reflexão crítica partiu de uma experiência vivenciada no contexto de prestação de cuidados no SO do SUP.

## REFLEXÃO CRÍTICA

### Descrição

A experiência que venho relatar ocorreu no dia 24 de novembro, em turno da manhã, no SO do SUP do [REDACTED]. Neste dia encontravam-se internadas no SO quatro crianças, sendo uma destas a L.

A L. era uma adolescente de 14 anos, de nacionalidade brasileira, que se encontrava internada no SO, após acidente de viação, por embate lateral por outra viatura. No momento do embate encontrava-se dentro da viatura com o seu pai, mãe e irmã de 3 anos de idade. O acidente resultou na morte imediata da sua mãe no local, tendo sido os restantes trazidos por ambulância para o [REDACTED]. A sua irmã de 3 anos acabara também por falecer na UCIP, encontrando-se a aguardar chegada de um familiar para assinar a documentação para transplante de órgãos. O seu pai encontrava-se internado noutra serviço do hospital, sendo a sua situação clínica desconhecida. Quando foi encontrada no local do acidente apresentava perda de consciência, posteriormente desorientada e sonolenta, sem lesões corporais visíveis. Foi-lhe colocado colar cervical e veio transferida para o [REDACTED].

A L. tinha dado entrada no SO no turno anterior. Já tinha sido submetida a exames de imagem, não apresentando indicação para intervenção cirúrgica. Apresentava-se já sem colar cervical. Pele e mucosas descoradas, mas hidratadas. Edema da hemiface direita. Sem perdas hemorrágicas ou lesões visíveis. Sem alterações da mobilidade. Apresentava Glasgow de 14. Pupilas isocóricas e isoreativas. Sonolenta, oscilando períodos de sono tranquilo, com períodos de grande agitação psicomotora e desorientação, em que tentava retirar o cateter e elétrodos. Durante os períodos de agitação apresentava um discurso repetitivo, gritava, chamava pela mãe e repetia “pára pai, pára” (sic). Sem alteração do discurso quando abordada. Manteve sempre sinais vitais estáveis. Eupneia em ar ambiente. Por diminuição do débito urinário apresentava-se ainda algaliada. Teve a visita da tia a quem a equipa médica lhe terá solicitado que se dirigisse à UCIP, não tendo a mesma regressado ao SO. Manteve-se sem acompanhamento.

Ao longo do turno da manhã, juntamente com a enfermeira orientadora prestei cuidados à L. Foi procurado promover o conforto, controlo da dor e vigilância. Ao final do turno mantinha o mesmo estado geral. Foi o último contacto com a mesma.

## **Pensamentos e sentimentos**

Assim que recebi a informação transmitida na passagem de turno senti algum choque pela trágica situação. Ao observar o comportamento e discurso da L. percebi que se encontrava desorientada, parecendo encontrar-se “presa” ao momento do acidente, como que vivendo repetidamente o incidente traumático que havia experienciado.

Senti tristeza e pena. Senti-me limitada na minha intervenção, senti que além de promover o alívio da dor e conforto, naquele momento ainda tão precoce, não haveria muito que pudesse fazer para ajudá-la.

Pensei como um momento, com duração de segundos, pode mudar uma vida toda. Pensei na minha família, não conseguindo imaginar o sofrimento que seria passar por uma situação semelhante.

Pensei nos desafios e processo de luto que a L. teria de enfrentar daqui para a frente: Teria apoio de outros familiares? Ser-lhe-ia fornecido apoio e recursos necessários para enfrentar o processo de luto? Qual seria o real impacto no seu desenvolvimento?

Ao pensar nestes tópicos imaginei que a L. teria um longo percurso de recuperação a percorrer, pelo elevado impacto psicológico e emocional inerente às perdas que sofrera e na procura de um sentido para o vivenciado.

Neste momento encontrava-se em SO, por sua vez, previa-se a transferência para outro serviço do hospital num momento próximo. Face a este aspeto pensei ainda: Qual a intervenção da Enfermagem daqui para a frente?

Pensei ainda na força psicológica e emocional que os enfermeiros necessitam de desenvolver para lidar com este tipo de situações, essencialmente no SUP em que são variadas as situações de emergência com que se deparam.

O meu pensamento levou-me além do que senti e pensei no momento. A experiência vivenciada fez-me pensar sobre os desafios que experienciamos enquanto enfermeiros, tanto pela complexidade dos cuidados e situações de saúde-doença com que nos deparamos, como pelo peso psicológico e emocional inerente, tanto das pessoas de quem cuidamos, como de nós próprios.

## **Avaliação**

Começando com os aspetos que correram bem durante a experiência, considero que tanto eu, como a restante equipa, prestámos cuidados adequados junto da L., através do alívio da dor e promoção do seu conforto.

Embora L. não verbalizasse a presença de dor, face ao acidente que a havia sofrido e através da observação da sua comunicação não verbal, foi administrada medicação no sentido do alívio da dor. Segundo a DGS, o alívio da dor consiste num passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde e o seu o controlo eficaz representa um direito dos doentes e um dever dos profissionais de saúde (DGS, 2003).

Encontrando-se a L. desorientada e com momentos de agitação psicomotora foi procurado o seu conforto e repouso. Foi promovido o conforto no leito através do posicionamento, foram afastados objetos e dispositivos em que esta se pudesse lesionar acidentalmente num momento de maior agitação e foi administrada medicação ansiolítica. No sentido de promover a sua privacidade, foi mantida a cortina da unidade. Foi mantida a vigilância de forma contínua, no sentido da intervenção imediata em caso de necessidade.

Nos momentos de agitação da L., a equipa manteve-se sempre fisicamente próxima, mantendo-se pelo menos um enfermeiro junto da mesma. Nos momentos em que estive presente, procurei acalmá-la através de uma voz calma e recorrendo ao toque terapêutico.

Tal como refere Mendes et al (2022), o toque promove uma interação positiva demonstrando presença, transmitindo atenção, preocupação, carinho, revelando ajuda e conforto. De acordo com os mesmos autores, existem três formas de expressão do toque em Enfermagem, sendo uma destas o toque terapêutico, revelando ajuda pela proximidade e envolvimento, no sentido de restaurar a “plenitude” à pessoa (Mendes et al., 2022).

Penso assim ter agido corretamente na minha intervenção junto da L., dentro do que me era possível ao longo do turno face à situação em que a mesma se encontrava.

A experiência fez-me refletir ainda sobre outras situações passadas de cuidado. Relembrando o sofrimento que se encontra presente em muitas das crianças, jovens e familiares de quem cuidamos pelas situações de saúde-doença ou perdas que vivenciam.

Fez-me refletir a respeito do nosso papel enquanto enfermeiros neste âmbito, em situações de maior sofrimento, da importância de mostrar disponibilidade, escuta ativa, cuidar de forma humanizada e holística. Permitiu-me refletir ainda relativamente à gestão das nossas próprias emoções, no sentido no nos mantermos tranquilos, psicologicamente e emocionalmente estáveis, perante o sofrimento do outro, para sermos capazes de cuidar adequadamente com empatia, mas sem nos deixarmos absorver pelo seu sofrimento.

Enquanto aspeto menos positivo retirado da experiência, descrevo apenas o facto de ter saído do estágio ainda algo absorvida pela sua angústia e ter levado esse peso emocional para “casa”. Por sua vez, foi precisamente essa a razão que me levou a uma reflexão sobre

este tema tão importante e acredito ainda assim ter conseguido lidar com as minhas emoções de forma harmoniosa.

### **Análise**

A experiência vivenciada levou-me assim a refletir e analisar diferentes aspetos.

Começando com a adequação das intervenções prestadas, tal como referi anteriormente, considero ter sido uma intervenção adequada por parte da equipa. Tendo a experiência vivenciada ocorrido após recente e trágico acidente e encontrando-se L. ainda agitada e desorientada, procurou-se, a manutenção da sua estabilidade hemodinâmica, a privacidade, o alívio da dor e conforto. Embora tenha sentido a minha intervenção limitada, pensei que teria feito o que me seria possível naquele momento, procurando a humanização dos cuidados.

A experiência levou-me a identificar, por sua vez, desafios futuros: tanto para a L. (pelo sofrimento associado à assimilação da perda de elementos do núcleo familiar, numa fase tão precoce da sua vida, de forma repentina e inesperada, com possível risco de sofrimento espiritual e impacto na construção da sua identidade); como para os profissionais com quem esta se cruzasse futuramente (pela necessidade de gestão emocional e obtenção de recursos, internos e externos, na ajuda da procura de um sentido para o vivenciado por parte da L.)

Compreende-se que a perda de um ente querido resulta num grande sofrimento para qualquer pessoa independentemente da sua fase do ciclo de vida. No entanto, a relação dos adolescentes com a morte e as suas reações à perda demonstram ser peculiares pela fase de desenvolvimento que se encontram, apresentando, segundo Erikson (1971), como tarefa central a construção da identidade (Domingos & Maluf, 2003).

Depoimentos de adolescentes de estudos realizados neste âmbito, vêm demonstrar como resultado da perda, essencialmente dos seus pais, uma intensa desorientação e perda de sentido na vida. A perda na adolescência, poderá ainda resultar em sentimentos de vitimização, culpa, auto reprovação, raiva e vingança em relação aos presumíveis culpados pela perda e comprometer o processo de desenvolvimento da independência e da autonomia na idade adulta (Domingos & Maluf, 2003).

Perante estes factos, não podem os enfermeiros ficar indiferentes, necessitando de compreender como atuar neste âmbito. Os adolescentes, tal como os adultos, precisam de encontrar significado para os acontecimentos da vida, transcender além do sofrimento, sentir

uma conexão consigo mesmo, com os outros ou com algo significativo (Alvarenga et al., 2017).

Face ao vivenciado pela L. parece-me que encontraria aqui um desafio futuro na procura de um sentido para a vida, com risco de sofrimento espiritual. De acordo com os Diagnósticos de Enfermagem da Nanda I, o sofrimento espiritual é definido como “estado de sofrimento relacionado à capacidade prejudicada de experimentar significado na vida por meio de conexões consigo mesmo, com os outros, com o mundo ou com um poder maior” (Herdman & Kamitsuru, 2018, p.721).

Desta forma, surge então a questão: Como podemos nós enfermeiros intervir adequadamente? Qual o nosso papel numa situação de elevada complexidade como a da L.?

No cuidado espiritual prestado a crianças e adolescentes, podem ser utilizadas diferentes abordagens, devendo levar em consideração a fase de desenvolvimento, experiências de vida, contexto familiar e sociocultural (Alvarenga et al., 2017). O papel dos enfermeiros parece ser essencial, através da valorização da espiritualidade e/ou religiosidade e procurando recursos/apoio de pessoas próximas (Aguar et al., 2022).

São consideradas intervenções promotoras de apoio espiritual: o diálogo empático, respeitar a individualidade, estabelecer relações de confiança e intimidade, criar um ambiente seguro para a criança conversar e pensar sobre suas experiências espirituais e reflexões sobre a vida e encorajar a explorar diferentes formas de compreender determinadas experiências ou situações e enfatizar os seus aspetos positivos (Alvarenga et al., 2017).

A espiritualidade deverá ser assim utilizada como estratégia, sendo que intervenções de Enfermagem baseadas em técnicas de cuidados espirituais vêm demonstrar ser eficazes na redução dos níveis de dor e da ansiedade (Moreira et al., 2021).

A experiência vivenciada levou-me a refletir a respeito da minha intervenção em diversas experiências passadas de cuidado, não necessariamente de angústia espiritual, mas de diferentes episódios em que me deparei com crianças e pais que se encontraram em momentos de sofrimento e fragilidade emocional associados a processos de saúde-doença.

Enquanto enfermeira, de forma geral, nestas situações procurei demonstrar calma, disponibilidade, escuta ativa e toque terapêutico, acreditando apresentar um bom controlo das minhas emoções e da minha comunicação não-verbal. Junto de crianças mais pequenas por vezes recorri à brincadeira, contar histórias, entre outras atividades, de acordo com os interesses identificados. Relembrei-me de diversas situações em que senti o retorno com palavras de agradecimento, sorrisos ou maior tranquilidade da outra parte, compreendendo

a importância da disponibilidade efetiva e da comunicação como a nossa melhor ferramenta. No entanto, em determinados momentos também já me faltaram as palavras, sendo um aspeto que poderei trabalhar continuamente, sendo essencial em situações de maior complexidade.

É de ressaltar, que enquanto enfermeiros que cuidamos de crianças e famílias em situações de elevada complexidade, com elevada carga emocional, podemos cair também nós, em situação de stress e desesperança (Paixão et al., 2019). Neste sentido, cabe-nos também a necessidade e responsabilidade de trabalharmos o nosso bem-estar psicológico.

Devemos trabalhar da melhor forma que podemos e sabemos junto das crianças e famílias, mas evitar carregar o seu peso, para que sejamos capazes de cuidar de forma adequada. Para tal, devemos encontrar estratégias para lidarmos com o sofrimento dos outros, nomeadamente discutindo esses assuntos em equipa.

## **Conclusão**

Os EEESIP, distinguem-se pelo desenvolvimento de competências técnicas e relacionais. Desta forma, é determinante a existência de uma formação continuada, com vista ao desenvolvimento profissional (OE, 2017).

Considero que o exercício da seguinte reflexão veio permitir-me apresentar um olhar distanciado da experiência, possibilitando uma análise crítica a respeito dos diferentes aspetos abordados, essencial para o meu processo de crescimento pessoal e profissional. Veio permitir-me refletir a respeito da minha prática, mobilizar e cruzar aprendizagens no âmbito do mestrado e em especial da UC de “Enfermagem Pediátrica”.

Ainda de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEESIP, é parte da intervenção do EE dar resposta a áreas de maior complexidade, antecipar e responder a situações de emergência e avaliar e responder às necessidades das famílias na adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (OE, 2018). Considero ter apresentado ao longo da experiência vivenciada e nas diversas situações de cuidado ao longo do contexto de estágio, uma intervenção adequada à luz das competências do mesmo regulamento.

Acredito e sinto, que com todas as experiências de cuidado que tive oportunidade de vivenciar nos diferentes contextos e através do exercício contínuo da reflexão, venho a tornar-me uma enfermeira mais consciente a respeito do cuidado holístico, com um olhar mais complexo a respeito das diferentes situações com que me deparo.

É necessário enquanto enfermeiros, estarmos atentos, mostrar disponibilidade para escutar e comunicar. É neste âmbito que surge a pertinência do desenvolvimento de competências de gestão emocional e comunicação em situações de maior complexidade. Pois para prestar cuidados adequados, no sentido da promoção de cuidados humanizados que procurem o bem-estar global das crianças e famílias, além da prestação de cuidados no sentido da resposta às necessidades físicas, o enfermeiro necessita de prestar cuidados dando resposta às suas necessidades psicológicas e emocionais.

### **Planear a ação**

O exercício reflexivo sempre me acompanhou, mesmo que de forma inconsciente, tendo procurado o desenvolvimento contínuo das minhas competências ao longo do meu percurso profissional e académico.

Considero ser essencial a manutenção do exercício reflexivo e desenvolvimento de um pensamento crítico sobre diferentes áreas e situações com que me deparo. Irei procurar manter o desenvolvimento contínuo das minhas competências, numa lógica de aprendizagem e aperfeiçoamento contínuo da minha prática enquanto enfermeira.

Quanto ao tema abordado, procurarei desenvolver continuamente competências de comunicação em situações de maior complexidade. O questionamento sistemático da minha prática e a tomada de decisão baseada na evidência disponível e mais atualizada é também um aspeto fundamental a manter ao longo de todo o meu percurso como enfermeira.

Enquanto futura EEESIP apresentarei ainda responsabilidade acrescida de sensibilizar colegas sobre a importância do nosso papel, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados que prestamos. Considero ser essencial a partilha entre colegas, permitindo mobilizar competências e pontos fortes de cada profissional, no sentido da maximização dos mesmos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exercício da Enfermagem exige a mobilização de diversas capacidades e competências, não apenas na realização de procedimentos técnicos, mas essencialmente na comunicação e relação com o outro de quem cuidamos.

Sendo a Enfermagem, caracterizada pela arte do cuidar, não podem os seus profissionais ficar indiferentes à emoção humana, essencialmente no âmbito da pediatria. As emoções são essenciais, dão sentido à intervenção do enfermeiro e ao próprio cuidar (Diogo et al., 2021).

É ainda fundamental o cuidado espiritual para prestar cuidados holísticos no sentido de promover o bem-estar de crianças e adolescentes em momentos de doença e hospitalização (Alvarenga et al., 2017).

Como refere Felgueiras (2022), acredito que ser enfermeiro é uma maneira de ser e de estar, é uma filosofia de vida. Requer um investimento pessoal, requer disponibilidade, ter intenção real de ajudar e querer ver melhor o outro que precisa de nós. Requer autoconhecimento e capacidade de gerir emoções.

Ser enfermeiro é assim desafiante, face às situações de elevada complexidade com que nos deparamos, devemos procurar o desenvolvimento contínuo das nossas competências e capacidades de forma a sermos capazes de prestar cuidados cada vez melhores.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, R., Volpon, L., Leite, F., Areco, N., & Martins, M. (2022). *Cartilha de orientações sobre luto para profissionais da área da saúde*. <https://www.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/sites/356/2022/03/Cartilha-de-Suporte-ao-Luto.pdf>
- Alvarenga, W., Carvalho, E., Caldeira, S., Vieira, M., & Nascimento, L. (2017). The possibilities and challenges in providing pediatric spiritual care. *Journal of Child Health Care*, 21(4), 435–445. <https://doi.org/10.1177/1367493517737183>
- Diogo, P. M. J., Freitas, B. H. B. M. de, Costa, A. I. L. da, & Gaíva, M. A. M. (2021). Care in pediatric nursing from the perspective of emotions: from Nightingale to the present. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(4), artigo e20200377. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0377>
- Direção Geral de Saúde. (2003). *Circular Normativa nº9 do Ministério da Saúde. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor
- Domingos, B., & Maluf, M. (2003). Experiências de perda e luto em escolares de 13 a 18 anos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 577–589. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722003000300016>
- Felgueiras, F. (2022, August 28). Reflexão sobre a profissão de Enfermeiro. *Açoriano Oriental - Ordem Dos Enfermeiros Açores*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26915/ao-agosto-2022.pdf>
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: a guide to teaching and learning methods*. Oxford Brooks University.
- Herdman, T., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação - 2018/2020* (11th ed.). Artmed.
- Mendes, A. M. F. A. da S., Brás, S. C. N., Marques, R. M. D., & Pontífice-Sousa, P. (2022). Toque terapêutico no cuidado da enfermagem: uma análise conceitual. *Acta Paulista*

*de Enfermagem*, 35, artigo eAPE00706. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022ar007066>

Moreira, R. de S., Junior, R. N. de A., & Posso, M. B. S. (2021). Spirituality, nursing and pain: an indissociable triad. *Brazilian Journal Of Pain*, 4(4), 344–352. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210069>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)

Paixão, S., Aparício, G., Silva, E., & Maia, L. (2019). Os enfermeiros na promoção de esperança nos pais de crianças com doença crónica. In *La convención sobre los derechos del niño: A debate 20 años después* (CIPI Ediciones).

Regulamento no 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Diário da República: II série, no 133 (2018). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

APÊNDICE XXII – Folheto informativo “Orientações para a prevenção de quedas de crianças e jovens internados: para pais, familiares, cuidadores”



As **Quedas** são eventos inesperados que podem provocar dores, feridas, fraturas, hemorragias, traumatismos cranianos, entre outras situações, podendo até mesmos provocar danos permanentes. Podem ainda prolongar o período de internamento da criança/jovem.



*Elaborado por: Mariana Sousa*

*Aluna de mestrado e especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa*

Proporcionar um ambiente seguro para a criança/jovem é responsabilidade de todos nós!

#### CONTACTOS ÚTEIS

APSI

(Associação para a Promoção da Segurança Infantil)

Telefone: 218 844 100

E-mail: [apsi@apsi.org.pt](mailto:apsi@apsi.org.pt)

## SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PEDIATRIA

### ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE QUEDAS DE CRIANÇAS E JOVENS INTERNADOS


Para pais, familiares, cuidadores



#### Principais recomendações:

- **Mantenha a cama numa posição baixa;**
- **Puxe SEMPRE as grades da cama para cima, verificando se o travão da grade ficou bem preso;**
- Na criança mais pequena e ativa, poderá ser vantajoso a colocação de proteções laterais adicionais entre as grades das camas (por exemplo utilizando almofadas);
- Permaneça junto da criança sempre que possível;
- **Informe a enfermeira SEMPRE que necessita de se ausentar** de perto da criança/jovem, deixando a cama na posição mais baixa e com as grades elevadas;
- Mantenha a unidade limpa e arrumada, sem objetos dispersos pelo chão.

#### No levante:

- Garanta primeiramente que a cama se encontra na posição mais baixa e baixe a grade da cama;
- Tenha atenção ao piso molhado; 
- Providencie um calçado adequado para evitar que a criança/ jovem tropece ou escorregue;
- Acompanhe sempre a criança/ jovem à casa de banho, principalmente quando transporta consigo dispositivos (por exemplo o tripé com máquina de perfusão de soro);
- Durante o banho, segure a criança corretamente a fim de evitar uma possível queda.

#### ATENÇÃO...

- NUNCA permita que a criança se coloque em cima do suporte de soros;
- NUNCA permita que a criança corra pelo serviço, nem brinque em áreas não permitidas.

#### Ao deslocar-se pelo hospital:

- Utilizando o ovo, carrinho ou cadeira de rodas a criança/jovem vai mais segura;
- **No ovo ou carrinho mantenha os cintos apertados e bem ajustados a todo o momento;**
- **Pouse o ovo no chão, evitando colocá-lo em cima de superfícies;**
- Trave sempre o carrinho/cadeira de rodas quando este estiver parado.

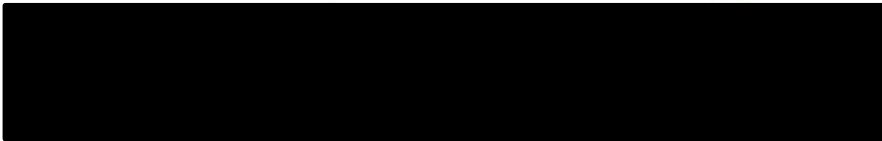
#### Recomendações adicionais:

- Mantenha próximo os bens pessoais, para facilitar o acesso dos mesmos à criança/jovem;
- Informe a enfermeira sobre qualquer alteração de comportamento da criança/jovem.



APÊNDICE XXIII - Folha de registo da Dupla Verificação da Medicação na Sedoanalgesia





### Dupla Verificação da Medicação – Sedoanalgesia

A Dupla Verificação da Medicação deve ser realizada por dois profissionais de saúde antes da administração da medicação.

Objetivo: garantir que os medicamentos produzam o resultado terapêutico desejado, prevenindo erros na sua preparação e administração, com potencial dano para o doente.

Identificação do doente (etiqueta)	
<i>Check-List</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Doente certo</b> Realizar a identificação inequívoca do doente (nome completo e data de nascimento)	
<input type="checkbox"/> <b>Medicamento certo</b> Validar prescrição médica e rótulo dos medicamentos atentamente. Validar alergias.	
<input type="checkbox"/> <b>Dose certa</b> Realizar individualmente o cálculo da dose, diluição e volume de cada medicamento a administrar, de seguida validar a coincidência dos resultados. Se necessário recorrer a um terceiro profissional.	
<input type="checkbox"/> <b>Via certa</b> Confirmar a via de administração. Garantir a correta identificação das seringas com respetiva medicação, dosagem e via.	
<input type="checkbox"/> <b>Hora certa</b> Validar o momento de administração dos medicamentos.	
<input type="checkbox"/> <b>Tempo de administração certo</b> Validar o tempo de administração dos medicamentos.	
<input type="checkbox"/> <b>Validade certa</b> Confirmar a validade nos rótulos dos medicamentos.	
<input type="checkbox"/> <b>Abordagem certa</b> Esclarecer junto da criança e família qualquer dúvida relativa ao medicamento antes da sua administração.	
Observações:	
<b>Assinatura 1º verificador</b>	
<b>Assinatura 2º verificador</b>	
<b>Data e hora</b>	

Enfermeira chefe: Priscilla Carneiro  
Elaborado por Ma



APÊNDICE XXIV – Norma de Orientação Clínica “Garantir a segurança da criança e jovem internada em SO”



<b>DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA</b> <b>Serviço de Urgência de Pediatria</b>	
<b><i>NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA</i></b> <b><i>Garantir a segurança da criança/jovem internada em SO</i></b>	
<i>Elaborado por:</i> <i>Mariana Sousa</i> <i>Novembro 2022</i>	<i>Revisto por:</i> [REDACTED]
<b>Revisão:</b>	<i>Aprovado em:</i> ____/____ [REDACTED]

## 1. OBJETIVO

Promover a segurança dos cuidados prestados às crianças e jovens internadas na Sala de Observação (SO) da Urgência Pediátrica, no sentido de prevenir incidentes, através da uniformização de práticas, recorrendo à *checklist* de verificação de segurança em cada turno.

## 2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Procedimento executado pelos enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica do [REDACTED].

## 3. PÚBLICO-ALVO

Crianças e jovens internados no SO do Serviço de Urgência Pediátrica do [REDACTED].

## 4. PRINCÍPIOS

Todos os procedimentos de enfermagem realizados pela equipa devem garantir a máxima segurança das crianças/jovens internadas em SO, recorrendo às estratégias promotoras de segurança implementadas.

## 5. FUNDAMENTAÇÃO

O reconhecimento da importância da segurança do paciente e a crescente consciencialização sobre o tema veio a ser despoletado essencialmente nas últimas duas décadas, após o lançamento do relatório do Instituto de Medicina *To Err Is Human* de 1999, que revelou à data a imensa dimensão de eventos adversos evitáveis (Nicklin & Hughes, 2020).

Desde então, foram desenvolvidos esforços a nível mundial no sentido de promover a segurança do paciente nas unidades hospitalares, sendo a segurança do doente considerada atualmente como uma dimensão fundamental da qualidade dos cuidados de saúde (OMS, 2020).

Apesar dos esforços para não falhar, a ocorrência de incidentes de segurança mantém-se uma realidade dos sistemas de saúde, apresentando consequências negativas para os doentes, familiares, profissionais e instituições de saúde (Silva et al., 2018).

Além de ser um direito do paciente, a garantia da sua segurança, é também um dever ético dos profissionais de saúde. De acordo com a Lei de Bases da Saúde, o direito à proteção da saúde constitui-se como um direito do paciente, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, sendo a segurança um dos seus componentes essenciais (DGS, 2021)

De acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, a promoção da segurança do doente requer um esforço persistente e coordenado de todas as partes envolvidas, sendo essencial a implementação de políticas e estratégias que venham reduzir a ocorrência de incidentes. (DGS, 2021).

Sendo as crianças muitas vezes incapazes de contribuir para o controlo da sua própria segurança, na prestação de cuidados em pediatria, é ainda essencial promover e incentivar a participação efetiva do acompanhante, de modo a servir de barreira de prevenção a eventos adversos (Gonçalves et al., 2020).

A promoção da segurança do doente em ambiente hospitalar, é desta forma, uma prioridade, sendo imperativa a implementação de estratégias preventivas que possam ser implementadas nos diferentes serviços.

As *checklists* de segurança são ferramentas que têm vindo a ser aplicadas na área da saúde com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados fornecidos (Melo et al., 2022). A sua utilização constitui-se como uma poderosa ferramenta para os profissionais de saúde na procura da qualidade e segurança, servindo de diretriz aplicado à prática (Amaya et al., 2016).

A utilização de listas de verificação rápida de itens, vem proporcionar a identificação de falhas de segurança, a padronização de técnicas e procedimentos, a melhoria da comunicação e fortalecimento do trabalho em equipa e a redução de erros, reduzindo desfechos negativos (Melo et al., 2022).

## 6. PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

Aos enfermeiros que prestam cuidados no SO da Urgência Pediátrica do [REDACTED] propõe-se, em cada turno e para cada criança/jovem internada, o cumprimento das intervenções mencionadas durante a prestação de cuidados e o preenchimento da *checklist* de segurança.

### 1) Identificação do doente

- Apresentação do enfermeiro junto da criança/jovem e acompanhante;
- Realizar a identificação inequívoca do doente antes de executar qualquer procedimento, validando dois dados inequívocos de identificação (por exemplo o nome completo e a data de nascimento), através da verificação da pulseira de identificação do doente e da verbalização pela criança/jovem ou familiar acompanhante, após solicitação do profissional;

### 2) Segurança na Unidade

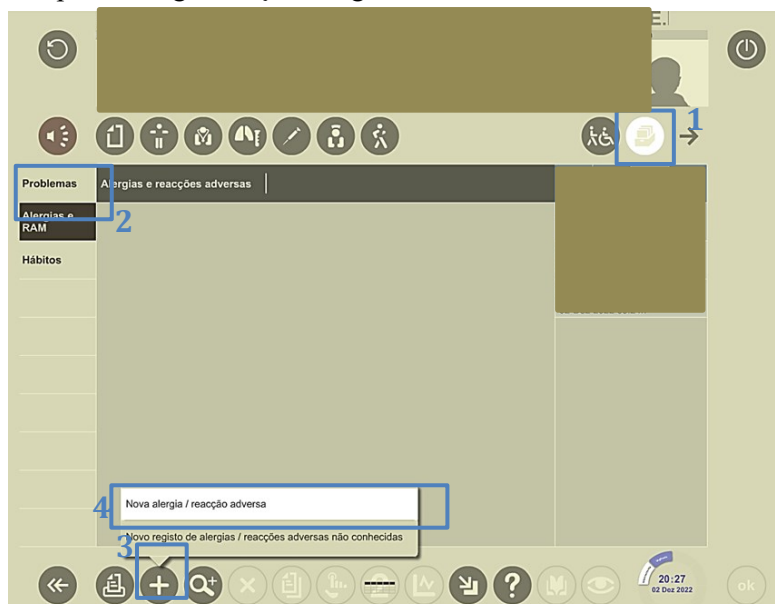
- Validar se os alarmes dos monitores se encontram ligados e ajustados à idade;
- Verificar a funcionalidade do debitómetro de O2;
- Verificar a funcionalidade do aspirador;
- Verificar a funcionalidade das bombas infusoras;

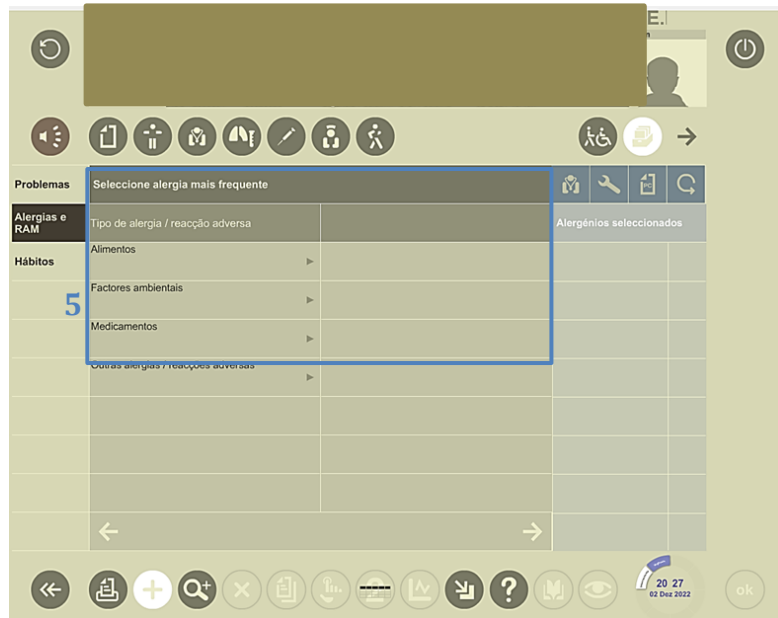
### 3) Segurança na administração de medicamentos

- Confirmar existência de alergias. Se existência de alergia, validar a sua sinalização no sistema ALERT® e existência de pulseira vermelha no doente com identificação do alérgeno.

⇒ Para realizar a sinalização de alergia no sistema ALERT®, seguem-se os passos:

- 1) “Problemas, Alergias e hábitos” -> 2) “Alergias e RAM” -> 3) Selecionar o (+) no canto inferior -> 4) “Nova alergia/reacção alérgica” -> 5) Preencher campo “Tipo de alergia/ reacção alérgica”.





- Cumprir os certos da medicação em todos os medicamentos administrados (doente certo; medicamento certo; dose certa; via certa; hora certa; tempo de administração certo; validade certa; abordagem certa; registo certo);
  - Realizar a dupla verificação da medicação de acordo com os protocolos já instituídos no serviço, nomeadamente na administração de hemoderivados (ANEXO1) e sedoanalgesia (ANEXO2);
  - Identificar seringas de todos os medicamentos e soros a administrar;
  - Despistar de sinais inflamatórios de cateteres e verificar a sua permeabilidade;
- 4) Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)
- Validar existência de solução de base alcoólica em cada unidade;
  - Cumprir os 5 momentos para higienização das mãos através da lavagem com água e sabão ou desinfeção com solução alcoólica (antes de tocar no paciente; antes da realização de procedimento asséptico; após risco de exposição a fluidos corporais; após contacto com o paciente; após contacto com o ambiente próximo ao paciente);
  - Utilizar equipamento de proteção individual de acordo com as necessidades para cada procedimento e de acordo com os critérios de isolamento de cada doente - verificar a sinalética presente na unidade do doente de acordo com os seus critérios de isolamento (ANEXO3);
- 5) Prevenção de quedas
- Verificar limpeza e arrumação da unidade;
  - Manter a altura da cama baixa e grades elevadas;
  - Orientar acompanhante para o risco de queda e validar fornecimento do folheto “orientações para prevenção de quedas” no momento da admissão (ANEXO4);

- Avaliar o risco de queda utilizando a Escala de *Humpty Dumpty*, presente na *checklist* de verificação de segurança (APÊNDICE1);
  - ⇒ Realizar a soma dos valores dos diferentes parâmetros e sinalizar na *checklist* o devido símbolo (baixo risco ▲; alto risco ▲);
  - ⇒ Avaliar no momento da admissão e sempre que ocorra alteração do estado clínico da criança/jovem;
  - ⇒ Nas crianças/jovens com alto risco de queda devem ser implementadas medidas adicionais, nomeadamente: aumento da vigilância pelos profissionais e acompanhante, colocação estratégica da criança/jovem em unidade que permita maior visibilidade e ativação do sinal sonoro da cama com aviso de saída do doente da cama;

#### 6) Prevenção de úlceras por pressão

- Vigiar integridade da pele;
- Avaliar o risco de úlceras por pressão (UP) utilizando a Escala de *Braden Q*, presente na *checklist* de verificação de segurança (APÊNDICE1);
  - ⇒ Realizar a soma dos valores dos diferentes parâmetros e sinalizar na *checklist* o devido símbolo (baixo risco ●; alto risco ●);
  - ⇒ Avaliar no momento da admissão e posteriormente a cada 24h;
  - ⇒ Nas crianças/jovens com alto risco de desenvolver UP devem ser implementadas medidas adicionais, nomeadamente: promover a frequente hidratação da pele e alternância de decúbitos (em criança/jovem com compromisso severo da mobilidade no leito, efetuar a cada 2h);

#### 7) Incluir acompanhantes como parceiros para promover a segurança

- Orientar para a vigilância da criança/jovem e permanência junto da mesma;
- Orientar para o seu papel na promoção da segurança da criança/jovem;
- Incentivar o esclarecimento de dúvidas;

#### 8) Precauções adicionais

- Existem situações em que se prevê uma necessidade de implementar medidas adicionais para promover a segurança, nomeadamente em situações que se verificam comportamentos auto-lesivos por parte da criança/jovem. Nestas situações será necessário adaptar a unidade e o SO no sentido de remover todos os materiais cortantes e perfurantes a que estes possam ter acesso.

## **ANEXOS**

ANEXO1. Folha de preenchimento da Dupla Verificação da administração de Hemoderivados

ANEXO2. Folha de preenchimento da Dupla Verificação de Medicamentos na Sedoanalgesia

ANEXO3. Cartaz informativo “Precauções baseadas nas vias de transmissão”

ANEXO4. Folheto “Orientações para prevenção de quedas de crianças e jovens internados”

## **APÊNDICE**

APÊNDICE1. *Checklist* de verificação de segurança

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaya, M., Paixão, D., Sarquis, L., & Cruz, E. (2016). Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(esp), artigo e68778. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016>
- Despacho n.º 9390/2021 da Direção Geral de Saúde. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, Diário da República: II série, n.º 187 (2021). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q), Pub. L. No. 017/2011 (2011). [www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb3.pdf](http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb3.pdf).
- Gonçalves, K. M. de M., Costa, M. T. T. C. A., Silva, D. C. B., Baggio, M. E., Corrêa, A. D. R., & Manzo, B. F. (2020). Estratégia lúdica para promoção do engajamento de pais e acompanhantes na segurança do paciente pediátrico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, e20190473. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190473>
- Melo, A., Noronha, R., & Nascimento, M. (2022). Uso de checklist para assistência segura à criança hospitalizada. *Revista Enfermagem UERJ*, 30(1), artigo e62005. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.62005>
- Nicklin, W., & Hughes, L. (2020). Patient Safety: We've Come a Long Way. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, 22(SP), 82–95. <https://doi.org/10.12927/hcq.2020.26044>
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. <http://apps.who.int/iris/>.
- Rouse, M., Close, J., Prante, C., & Boyd, S. (2014). Implementation of the Humpty Dumpty Falls Scale: A Quality-Improvement Project. *Journal of Emergency Nursing*, 40(2), 181–186. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.11.001>
- Silva, E. M. B., Garcia, C. R. F., Silva, D. M., & Duarte, J. C. (2018). A segurança dos cuidados da criança hospitalizada: percepção dos enfermeiros. *Revista de Psicologia Da Criança e Do Adolescente*, 9(1), 67–82.

**ANEXO1. Folha de preenchimento da Dupla Verificação da administração de Hemoderivados**

Folha nº \_\_\_\_\_

**Verificação Dupla**

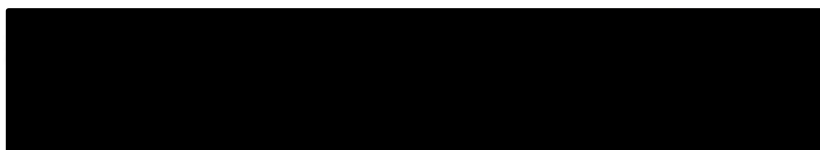
Aspetos a validar: cliente certo; medicamento certo; dose certa; via certa; hora certa; tempo de administração certo; validade certa; abordagem certa; registo certo

Identificação (Etiqueta)	Check List	Assinatura 1º verificador	Assinatura 2º verificador	Data e Hora
	<input type="checkbox"/> Identificação do Utente <input type="checkbox"/> Confirmar lote/ Hemoderivado <input type="checkbox"/> Registo de Hora de receção <input type="checkbox"/> Confirmar prescrição médica <input type="checkbox"/> Confirmar folha de consentimento informado <input type="checkbox"/> SV 0min/ 15min /30 min/ final perfusão <input type="checkbox"/> Registo de lote em registo informático <input type="checkbox"/> Registo reacções adversas			
	<input type="checkbox"/> Identificação do Utente <input type="checkbox"/> Confirmar lote/ Hemoderivado <input type="checkbox"/> Registo de Hora de receção <input type="checkbox"/> Confirmar prescrição médica <input type="checkbox"/> Confirmar folha de consentimento informado <input type="checkbox"/> SV 0min/ 15min /30 min/ final perfusão <input type="checkbox"/> Registo de lote em registo informático <input type="checkbox"/> Registo reacções adversas			
	<input type="checkbox"/> Identificação do Utente <input type="checkbox"/> Confirmar lote/ Hemoderivado <input type="checkbox"/> Registo de Hora de receção <input type="checkbox"/> Confirmar prescrição médica <input type="checkbox"/> Confirmar folha de consentimento informado <input type="checkbox"/> SV 0min/ 15min /30 min/ final perfusão <input type="checkbox"/> Registo de lote em registo informático <input type="checkbox"/> Registo reacções adversas			

\* Esclarecer ao cliente qualquer dúvida relativamente ao medicamento antes da sua administração

\*1 Consentimento informado -- encontra-se no computador da drª do SOPed (em pasta "Formulário Consentimento Informado")

## ANEXO2. Folha de preenchimento da Dupla Verificação da Medicação na Sedoanalgesia



### Dupla Verificação da Medicação – Sedoanalgesia

A Dupla Verificação da Medicação deve ser realizada por dois profissionais de saúde antes da administração da medicação.





Objetivo: garantir que os medicamentos produzam o resultado terapêutico desejado, prevenindo erros na sua preparação e administração, com potencial dano para o doente.

Identificação do doente (etiqueta)	
<u>Check-List</u>	
<input type="checkbox"/>	<b>Doente certo</b> Realizar a identificação inequívoca do doente (nome completo e data de nascimento)
<input type="checkbox"/>	<b>Medicamento certo</b> Validar prescrição médica e rótulo dos medicamentos atentamente. Validar alergias.
<input type="checkbox"/>	<b>Dose certa</b> Realizar individualmente o cálculo da dose, diluição e volume de cada medicamento a administrar, de seguida validar a coincidência dos resultados. Se necessário recorrer a um terceiro profissional.
<input type="checkbox"/>	<b>Via certa</b> Confirmar a via de administração. Garantir a correta identificação das seringas com respetiva medicação, dosagem e via.
<input type="checkbox"/>	<b>Hora certa</b> Validar o momento de administração dos medicamentos.
<input type="checkbox"/>	<b>Tempo de administração certo</b> Validar o tempo de administração dos medicamentos.
<input type="checkbox"/>	<b>Validade certa</b> Confirmar a validade nos rótulos dos medicamentos.
<input type="checkbox"/>	<b>Abordagem certa</b> Esclarecer junto da criança e família qualquer dúvida relativa ao medicamento antes da sua administração.
Observações:	
<b>Assinatura 1º verificador</b>	
<b>Assinatura 2º verificador</b>	
<b>Data e hora</b>	

Enfermeira chefe:   
Elaborado por Mariana Sousa

### ANEXO3. Cartaz informativo “Precauções baseadas nas vias de transmissão”

#### Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

TIPO DE PRECAUÇÃO	CONTACTO	GOTÍCULAS	VIA AÉREA	BÁSICAS
Sinalética				
Exemplo de agente infeccioso	Multirresistentes* <i>C. difficile</i> e outros agentes de diarreia infecciosa	Gripe, VSR, norovirus, pertússis, meningococos	Tuberculose pulmonar, varicela#, sarampo#, SARS	
Quarto individual ou coortes	√	√	√ Pressão negativa	Aplicam-se a todos os doentes para prevenir a transmissão cruzada de infeções
Luvas	√	√	Cumprir P.básicas	
Bata ou avental	√	√	Cumprir P.básicas	
Máscara	◆	√ Cirúrgica	√ Respirador P1 ou P2	
Proteção ocular	◆	◆	◆	
Equipamentos	Uso único ou reprocessar antes de utilizar noutra doente			
Visitas**	Higiene das mãos Etiqueta respiratória	Restringir visitas Máscara cirúrgica	Restringir visitas Respirador de partículas P1	Higiene das mãos Etiqueta respiratória
Transporte	Evitar as deslocações dos utentes submetidos a PBVT dentro da instituição. <b>Não deve ser posta em causa a realização de procedimentos/ exames nos locais e tempo adequados.</b> Deve ser informado o serviço de destino. A roupa da cama/ maca e do doente devem encontrar-se limpas. As barras da cama e as zonas que possam contactar com o ambiente (animado ou inanimado) devem ser descontaminadas antes de se proceder ao transporte. O doente deve usar uma máscara cirúrgica se apresentar tosse, se estiver sob PG ou PVA. O uso de EPI por parte dos profissionais durante o transporte não está indicado.			

#### Legenda:

\*Enterobacteriaceae produtoras de carbapenemases (EPC); *Pseudomonas aeruginosa* extensivamente resistentes; *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA); Enterobacteriaceae produtoras de betalactamases de espectro alargado (ESBL)

√ Componente obrigatório essencial das precauções baseadas na via de transmissão respetiva

◆ A proteção facial e ocular devem ser usadas no caso de potencial exposição das mucosas

\*\*Os visitantes devem ser informados sobre o modo de transmissão dos microrganismos, as precauções a tomar e sobre as razões do uso de EPI pelos profissionais de saúde


# Se profissional de saúde ou visita tiverem imunidade para varicela ou sarampo não é necessário colocar EPI a não ser para o cumprimento das PBCI. Na ausência de quarto individual ponderar coortes

GRUPO DE COORDENAÇÃO LOCAL

PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS

## ANEXO4. Folheto “Orientações para prevenção de quedas de crianças e jovens internados”

As **Quedas** são eventos inesperados que podem provocar dores, feridas, fraturas, hemorragias, traumatismos cranianos, entre outras situações, podendo até mesmos provocar danos permanentes. Podem ainda prolongar o período de internamento da criança/jovem.



*Elaborado por: Mariana Sousa*  
*Aluna de mestrado e especialidade em*  
*Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*  
*da Universidade Católica Portuguesa*


Proporcionar um ambiente seguro para a criança/jovem é responsabilidade de todos nós!


**CONTACTOS ÚTEIS**  
APSI  
(Associação para a Promoção da  
Segurança Infantil)  
Telefone: 218 844 100  
E-mail: [apsi@apsi.org.pt](mailto:apsi@apsi.org.pt)

**SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PEDIATRICA**

**ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE QUEDAS DE CRIANÇAS E JOVENS INTERNADOS**

Para pais, familiares, cuidadores






**Principais recomendações:**

- Mantenha a cama numa posição baixa;
- **Puxe SEMPRE as grades da cama para cima, verificando se o travão da grade ficou bem preso;**
- Na criança mais pequena e ativa, poderá ser vantajoso a colocação de proteções laterais adicionais entre as grades das camas (por exemplo utilizando almofadas);
- Permaneça junto da criança sempre que possível;
- **Informe a enfermeira SEMPRE que necessite de se ausentar** de perto da criança/jovem, deixando a cama na posição mais baixa e com as grades elevadas;
- Mantenha a unidade limpa e arrumada, sem objetos dispersos pelo chão.

**No levante:**

- Garanta primeiramente que a cama se encontra na posição mais baixa e baixe a grade da cama;
- Tenha atenção ao piso molhado; 
- Providencie um calçado adequado para evitar que a criança/jovem tropece ou escorregue;
- Acompanhe sempre a criança/jovem à casa de banho, principalmente quando transporta consigo dispositivos (por exemplo o tripé com máquina de perfusão de soro);
- Durante o banho, segure a criança corretamente a fim de evitar uma possível queda.

**ATENÇÃO...**

- NUNCA permita que a criança se coloque em cima do suporte de soros;
- NUNCA permita que a criança corra pelo serviço, nem brinque em áreas não permitidas.

**Ao deslocar-se pelo hospital:**

- Utilizando o ovo, carrinho ou cadeira de rodas a criança/jovem vai mais segura;
- **No ovo ou carrinho mantenha os cintos apertados e bem ajustados a todo o momento;**
- **Pouse o ovo no chão, evitando colocá-lo em cima de superfícies;**
- Trave sempre o carrinho/cadeira de rodas quando este estiver parado.

**Recomendações adicionais:**

- Mantenha próximo os bens pessoais, para facilitar o acesso dos mesmos à criança/jovem;
- Informe a enfermeira sobre qualquer alteração de comportamento da criança/jovem.

**APÊNDICE1. Checklist de verificação de itens de segurança**

Etiqueta de identificação do doente							
Data							
Turno		<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>
Nº mecanográfico do enfermeiro							
<b>Identificação</b>							
Apresentação do enfermeiro							
Identificação inequívoca do doente (nome e data de nascimento)							
<b>Segurança da Unidade</b>							
Validar o ajuste dos alarmes dos monitores							
Verificar a funcionalidade do debitómetro de O2							
Verificar a funcionalidade do aspirador							
Verificar a funcionalidade das bombas infusoras							
<b>Segurança na administração de medicamentos</b>							
Validar alergias (se sim, no sistema ALERT® e pulseira vermelha)							
Cumprir os certos da medicação							
Realizar dupla verificação terapêutica (hemoderivados e sedoanalgesia)							
Identificar seringas de todos os medicamentos e soros a administrar							
Despistar sinais inflamatórios de cateteres e verificar permeabilidade							
<b>Prevenção de infeções nosocomiais</b>							
Validar existência de solução de base alcoólica na unidade							
Cumprir os 5 momentos para higienização das mãos							
Utilizar EPI de acordo com procedimentos e critérios de isolamento							
<b>Prevenção de quedas</b>							
Verificar limpeza e arrumação da unidade							
Manter a altura da cama baixa e grades elevadas							
Orientar acompanhantes para o risco de queda e validar posse do folheto							
Avaliação do risco de queda*							
<b>Prevenção de úlceras por pressão</b>							
Vigiar integridade da pele							
Avaliação do risco de úlcera por pressão**							
<b>Acompanhantes como parceiros de cuidados</b>							
Orientar para permanência junto da criança/jovem							
Orientar sobre o seu papel na promoção da segurança							
Incentivar o esclarecimento de dúvidas							

\*Avaliar risco de queda na admissão e sempre que ocorra alteração do estado clínico da criança, utilizando a simbologia:

▲ Baixo risco ▲ Alto risco

\*\*Avaliar risco de UP na admissão e posteriormente a cada 24h, utilizando a simbologia:

● Baixo risco ● Alto risco



<b>Escala <i>Humpty Dumpty</i> - Avaliação do risco de queda</b>					
Parâmetros	4 ponto	3 pontos	2 pontos	1 ponto	Pontos
Idade	2 anos ou menos	3 a 6 anos	7 a 12 anos	13 anos ou mais	
Gênero	-	-	Masculino	Feminino	
Diagnóstico clínico	Patologia do foro neurológico	Patologia do foro respiratório, desidratação, anemia, anorexia, síncope/ tonturas	Patologia do foro psicológico/comportamental	Outros diagnósticos	
Capacidades cognitivas	-	Não compreende as suas limitações	Esquece as suas limitações	Orientado para as suas capacidades e limitações	
Fatores ambientais	História prévia de quedas OU bebê colocado em cama	Crianças com aparelhos auxiliares de marcha OU utilização muitos equipamentos OU bebê/ criança pequena em berço	Criança acamada	Criança que deambula	
Tempo pós-sedação ou analgesia	-	Até 24h	Há 24 a 48h	Mais de 48h ou não aplicável	
Medicação	-	Uso de 2 ou mais dos seguintes: sedativos, hipnóticos, antiepiléticos, antidepressivos, laxantes, diuréticos, narcóticos	Um dos medicamentos descritos anteriormente	Outro tipo de medicação ou sem medicação	
 Baixo risco de queda - valor final $\leq 11$  Alto risco de queda - valor final $\geq 12$					Total

Tabela1. Escala de *Humpty Dumpty* (adaptado de Rouse et al., 2014).



<b>Escala <i>Braden Q</i> - Avaliação do risco de úlcera por pressão</b>					
Parâmetros	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos	Pontos
Mobilidade	Completamente limitada Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda	Muito limitada Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de se virar sozinho	Ligeiramente limitada Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda	Nenhuma limitação Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
Atividade	Acamado O doente está confinado à cama	Sentado Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira.	Anda ocasionalmente Por vezes caminha durante o dia em curtas distâncias, com ou sem ajuda, Passa a maior parte do tempo deitado ou sentado	Demasiado jovem para deambular ou caminhar frequentemente Caminha fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos 2 em 2h.	
Percepção sensorial	Completamente limitada Não reage a estímulos dolorosos ou capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do tempo	Muito limitada Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar desconforto exceto através de gemido e inquietação ou tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor em mais de metade do corpo.	Ligeiramente limitada Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou capacidade reduzida de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	Nenhuma limitação Obedece a instruções verbais. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Humidade	Pele constantemente húmida A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, drenagem, etc. É detetada humidade sempre que é deslocado ou virado.	Pele muito húmida A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos de 8/8h.	Pele ocasionalmente húmida A pele está por vezes húmida, exigindo mudança de lençóis de 12 em 12h.	Pele raramente húmida A pele está geralmente seca. Os lençóis só requerem uma mudança a cada 24h.	
Forças de fricção e deslizamento	Problema significativo Espasticidade, contraturas ou agitado. Leva a um quase constante movimento de fricção.	Problema Requer ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo reposicionamento constante.	Problema potencial Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer ajuda mínima. É provável durante a mobilização que a pele deslize contra os lençóis ou dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição adequada.	Nenhum problema É possível levantar completamente o doente. Move-se de forma independente mantendo uma posição adequada.	
Nutrição	Muito pobre Em jejum ou dieta líquida à mais de 5 dias. Raramente come mais de 1/2 da comida que lhe é oferecida.	Inadequada Encontra-se em dieta líquida ou alimentação por SNG em quantidade insuficiente para a idade. Raramente come a refeição completa e geralmente come apenas 1/2 da refeição.	Adequada Encontra-se a ser alimentado por SNG ou alimentação parentérica em quantidade adequada para a idade. Alimenta-se das 4 refeições diárias.	Excelente Dieta que fornece calorias adequadas à idade. Faz 4 ou mais refeições diárias e come ocasionalmente entre refeições.	
Perfusão tecidual e oxigenação	Extremamente comprometida Hipotenso ou não tolera mudanças de posição, necessita de O2 suplementar.	Comprometida Normotenso, SpO2<95% necessita de O2 suplementar.	Adequada Normotenso, SpO2 95%	Excelente Normotenso SpO2>95%	
 Baixo risco de desenvolvimento de úlceras por pressão - valor final $\geq 22$  Alto risco de desenvolvimento de úlceras por pressão - valor final $\leq 21$					Total

Tabela2. Escala de *Braden Q* - Pediátrica (adaptado de Direção Geral de Saúde, 2011)



APÊNDICE XXV - Plano de Sessão Formativa “Promover a segurança da criança à luz da Norma de Orientação Clínica: Garantir a segurança da criança/jovem internada em SO”





# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

### ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

Ano letivo: 2022/2023

## **Plano de Sessão Formativa**

### **Promover a segurança da criança**

à luz da Norma de Orientação Clínica

“Garantir a segurança da criança/jovem internada em SO”

Discente:

Mariana Serpa Teixeira de Sousa nº192021082

Docente orientador:

Professora Doutora Sílvia Caldeira

Enfermeira orientadora:



Novembro, 2022

# 1. INTRODUÇÃO

A realização da atual sessão formativa decorre enquanto atividade a que me propus desenvolver no estágio realizado no SUP do [REDACTED] inserido na UC de Estágio Final e Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Através do diagnóstico situacional realizado no contexto de estágio foi identificada a necessidade do desenvolvimento de estratégias no âmbito da promoção da segurança do paciente. Tendo sido demonstrada, por parte da equipa, disponibilidade para o desenvolvimento das mesmas, realizei as seguintes atividades: atualização de um folheto com orientações para a prevenção de quedas direcionada aos acompanhantes das crianças e jovens internadas no SO, a elaboração de uma folha para a realização da dupla verificação terapêutica da sedoanalgesia e a elaboração de uma NOC denominada “Garantir a segurança das crianças e jovens internadas em SO”.

A NOC que desenvolvi, vem apresentar, de uma forma organizada, os diferentes procedimentos a realizar pela equipa, no sentido da promoção da segurança da criança e jovem internados no SO, aglomerando estratégias já existentes anteriormente, com as novas agora desenvolvidas.

Partindo da sessão de formação, recorrendo à mesma NOC, será possível sensibilizar a equipa de Enfermagem para o seu papel e atuação nos diferentes domínios da promoção da segurança da criança/jovem neste contexto, no sentido da uniformização das práticas, divulgando as diferentes estratégias atualmente existentes no seu serviço.

No atual documento irei apresentar o plano de sessão formativa em forma de tabela. Apresentarei a estratégia utilizada para a divulgação da sessão formativa, seguido da apresentação dos dispositivos que serão utilizados para a sessão de formação. Por fim, será apresentada a avaliação da sessão formativa.

## 2. PLANO DA SESSÃO FORMATIVA

**Tema:** “Promover a segurança da criança - à luz da Norma de Orientação Clínica “Garantir a segurança da criança e jovem internada em SO””

**Formadora:** Mariana Sousa

**Formandos:** Enfermeiros do SUP do [REDACTED]

**Local:** Sala de enfermagem do SO

**Datas:** 05/12/2022 e 06/12/2022

**Hora:** 15:30h (após passagem de turno)

**Duração:** 20 minutos

**Objetivo geral:** Divulgar estratégias para promover a segurança do paciente, a adotar pela equipa de enfermagem, à luz da NOC “Garantir a segurança da criança e jovem internada em SO”.

Para realização da Sessão Formativa, foi realizado o Quaro 1. repartindo a sessão em 4 fases: Introdução, Desenvolvimento, Conclusão e Avaliação. Em cada uma das fases, foram definidos os conteúdos a abordar, método, recursos materiais e tempo.

Fases	Conteúdos	Método	Recursos materiais	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação do formador;</li><li>- Exposição do objetivo da sessão de formação;</li><li>- Contextualização da pertinência do tema com fundamentação teórica;</li></ul>	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"><li>- Computador;</li><li>- Apresentação PWP (slides 1, 2 e 3)</li></ul>	3 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fornecimento da NOC “Garantir a segurança da criança e jovem internada em SO” para que os enfermeiros possam acompanhar a sessão;</li><li>- Explicação do objetivo da NOC;</li><li>- Leitura e explicação ordenada dos</li></ul>	Expositivo Interativo	<ul style="list-style-type: none"><li>- Computador;</li><li>- Apresentação PWP (slides 4 a 13);</li><li>- NOC “Garantir a segurança da criança/jovem internada em SO”;</li></ul>	10 minutos

	<p>procedimentos da NOC, a respeito dos tópicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação;</li> <li>• Segurança da unidade;</li> <li>• Segurança na administração de medicamentos (realizar a demonstração de passos no ALERT e mostrar folhas de preenchimento da dupla verificação terapêutica para hemoderivados e sedoanalgesia);</li> <li>• Prevenção de infecções nosocomiais;</li> <li>• Prevenção de quedas (demonstração do folheto e escala);</li> <li>• Prevenção de úlceras por pressão (demonstração da escala);</li> <li>• Inclusão dos acompanhantes para a promoção da segurança.</li> </ul> <p>- Apresentação da <i>checklist</i> de verificação de segurança e explicação do seu preenchimento.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema ALERT;</li> <li>- Folhas de registo de dupla verificação terapêutica de hemoderivados e sedoanalgesia;</li> <li>- Folheto “Orientações para prevenção de quedas”;</li> <li>- Canetas coloridas.</li> </ul>	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Considerações finais;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Incentivo à partilha de opiniões/ sugestões.</li> </ul>	Expositivo Interativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador;</li> <li>- Apresentação PWP (slides 14, 15 e 16)</li> </ul>	5 minutos
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecimento de Questionário de Avaliação.</li> </ul>	Diálogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionário de avaliação.</li> </ul>	2 minutos

Quadro 1. Plano da Sessão Formativa

### 3. DIVULGAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

A divulgação da sessão formativa será realizada através da transmissão verbal junto de diferentes elementos da equipa e afixação do seguinte cartaz informativo na sala de enfermagem do SO, sala de tratamentos e sala de triagem.



**PROMOVER A SEGURANÇA DA CRIANÇA**

à luz da Norma de Orientação Clínica  
“Garantir a segurança da criança e  
jovem internada no SO”

**SESSÃO DE FORMAÇÃO**  
dirigida aos enfermeiros do  
Serviço de Urgência Pediátrica  
do [redacted]

**Dias 5 e 6 de Dezembro de 2022**  
**Das 15:30h - 16h**  
**No Serviço de Urgência Pediátrica**

**Por Mariana Sousa**  
Aluna de Mestrado e  
Especialidade em  
Enfermagem de Saúde  
Infantil e Pediatria da  
Universidade Católica  
Portuguesa

**Sob orientação de**  
[redacted]  
Enfermeira  
Especialista em  
Enfermagem de  
Saúde Infantil e  
Pediatria

 **CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
LISBOA - PORTO

Figura 1. Cartaz de divulgação de sessão de formação

## 4. APRESENTAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA



### Promover a segurança da criança

à luz da Norma de Orientação Clínica “Garantir a segurança da criança e jovem internada no SO”

Serviço de Urgência Pediátrica 

Elaborado por: Mariana Sousa

Aluna de mestrado e especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

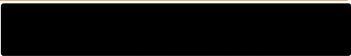
Sob orientação da Enf. Especialista em ESIP: 



### Objetivo

Divulgar estratégias para **promover a segurança do paciente**, a adotar pela equipa de enfermagem, à luz da Norma de Orientação Clínica (NOC) “Garantir a segurança da criança e jovem internada no SO”.





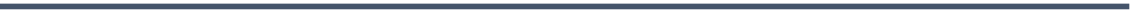
# Pertinência

A ocorrência de incidentes de segurança mantém-se uma realidade dos sistemas de saúde, apresentando consequências negativas para os doentes, familiares, profissionais e instituições de saúde.

(Silva et al., 2018)

De acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, a promoção da segurança do doente requer assim um esforço persistente e coordenado de todas as partes envolvidas, sendo essencial a implementação de políticas e estratégias que venham reduzir a ocorrência de incidentes.

(Diário da República, 2021)



# NOC “Garantir a segurança da criança/jovem internada em SO”

## Objetivo

Promover a segurança dos cuidados prestados às crianças e jovens internadas na Sala de Observação (SO) do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), no sentido de prevenir incidentes, através da uniformização de práticas, recorrendo à checklist de verificação de segurança em cada turno.

A utilização de *checklists* constitui-se uma poderosa ferramenta na procura da qualidade e segurança, servindo de diretriz aplicado à prática.  
(Amaya et al., 2016)

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA  
Serviço de Urgência de Pediatria

NORMA-Garantir a segurança de criança/jovem internado em SO

Elaborado por:   
Revisão por:   
Revisão:   
Aprovado em:   
Assinado por:   
Assinado por:

checklist de verificação de segurança

## NOC “Garantir a segurança da criança/jovem internada em SO”

### INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. Identificação do doente

- Apresentação do enfermeiro junto da criança/jovem e acompanhante;
- Realizar a **identificação inequívoca do doente** antes de executar qualquer procedimento;



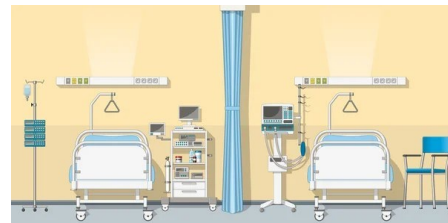
Validando dois dados inequívocos de identificação (por exemplo o nome completo e a data de nascimento), através da verificação da pulseira de identificação do doente e da verbalização pela criança/jovem ou familiar acompanhante, após solicitação do profissional.

## NOC “Garantir a segurança da criança/jovem internada em SO”

### INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 2. Segurança na Unidade

- Validar se os alarmes dos monitores se encontram ligados e ajustados à idade;
- Verificar a funcionalidade do debitómetro de O2;
- Verificar a funcionalidade do aspirador;
- Verificar a funcionalidade das bombas infusoras.





## NOC “Garantir a segurança da criança/jovem internada em SO”

### INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 3. Segurança na administração de medicamentos

- Confirmar existência de **alergias** → no sistema ALERT® e pulseira vermelha com identificação do alérgeno.
- Cumprir os **certos da medicação** em todos os medicamentos administrados → doente certo; medicamento certo; dose certa; via certa; hora certa; tempo de administração certo; validade certa; abordagem certa; registo certo;
- Realizar a **dupla verificação terapêutica** de acordo com os protocolos instituídos no serviço, nomeadamente na administração de hemoderivados e sedoanalgesia ;
- Identificar seringas de todos os **medicamentos e soros** a administrar .
- Despistar de sinais inflamatórios de cateteres e verificar a sua permeabilidade ;



## NOC “Garantir a segurança da criança/jovem internada em SO”

### INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 4. Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)

- Validar existência de solução de base alcoólica em cada unidade ;
- Cumprir os **5 momentos para higienização das mãos** através da lavagem com água e sabão ou desinfeção com solução alcoólica
- Utilizar **EPI** de acordo com as necessidades para cada procedimento e de acordo com os critérios de isolamento de cada doente  
 → Verificar a sinalética presente na unidade do doente que indica os critérios de isolamento



## NOC “Garantir a segurança da criança/jovem internada em SO”

### INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 5. Prevenção de quedas

- Verificar limpeza e arrumação da unidade ;
  - Manter a altura da **cama baixa** e **grades elevadas**;
  - Orientar acompanhante para o risco de queda e validar **fornecimento do folheto** “orientações para prevenção de quedas” no momento da admissão;
  - **Avaliação do risco de queda** utilizando a Escala de *Humpty Dumpty*, presente na *checklist* de verificação de segurança
- ⇒ Avaliação a efetuar no momento da admissão e sempre que ocorra alteração do estado clínico da criança/jovem .



Parâmetros	4 pontos	3 pontos	2 pontos	1 ponto	Pontos
<b>Parâmetros</b>	4 pontos	3 pontos	2 pontos	1 ponto	Pontos
<b>Idade</b>	Menor que 1 ano	1 a 4 anos	4 a 12 anos	13 anos ou mais	
<b>Gênero</b>	Indiferente	Indiferente	Indiferente	Indiferente	
<b>Diagnóstico clínico</b>	Paralisia de Erb, paralisia, hemiplegia, síndrome de Tourette, síndrome de Gilles de la Tourette, síndrome de Tourette, síndrome de Tourette	Paralisia de Erb, paralisia, hemiplegia, síndrome de Tourette, síndrome de Tourette, síndrome de Tourette	Paralisia de Erb, paralisia, hemiplegia, síndrome de Tourette, síndrome de Tourette, síndrome de Tourette	Paralisia de Erb, paralisia, hemiplegia, síndrome de Tourette, síndrome de Tourette, síndrome de Tourette	
<b>Capacidade e cognitiva</b>	Indiferente	Indiferente	Indiferente	Indiferente	
<b>Fatores ambientais</b>	Indiferente	Indiferente	Indiferente	Indiferente	
<b>Tempo pós-estudo ou avaliação</b>	Indiferente	Indiferente	Indiferente	Indiferente	
<b>Medicação</b>	Indiferente	Indiferente	Indiferente	Indiferente	
<b>Alto risco de queda - valor final ≥ 11</b>					
<b>Baixo risco de queda - valor final ≤ 11</b>					
<b>Total</b>					

Tabela2. Escala de Braden Q - Pediatría (adaptado de Ponce et al., 2014)

## NOC “Garantir a segurança da criança/jovem internada em SO”

### INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 6. Prevenção de úlceras por pressão

- Vigiar integridade da pele;
  - **Avaliação do risco de úlceras por pressão (UP)** utilizando a Escala de *Braden Q*, presente na *checklist* de verificação de segurança;
- ⇒ Avaliação a efetuar no momento da admissão e posteriormente a cada 24h;

Parâmetros	4 pontos	3 pontos	2 pontos	1 ponto	Pontos
<b>Parâmetros</b>	4 pontos	3 pontos	2 pontos	1 ponto	Pontos
<b>Mobilidade</b>	Capacidade de mudar de posição independente	Capacidade de mudar de posição com assistência	Capacidade de mudar de posição com assistência física	Capacidade de mudar de posição com assistência física	
<b>Atividade</b>	Capacidade de realizar atividades independentemente	Capacidade de realizar atividades com assistência	Capacidade de realizar atividades com assistência física	Capacidade de realizar atividades com assistência física	
<b>Percepção ambiental</b>	Capacidade de perceber e responder a mudanças ambientais	Capacidade de perceber e responder a mudanças ambientais	Capacidade de perceber e responder a mudanças ambientais	Capacidade de perceber e responder a mudanças ambientais	
<b>Humidade</b>	Capacidade de manter a pele seca	Capacidade de manter a pele seca	Capacidade de manter a pele seca	Capacidade de manter a pele seca	
<b>Força de fricção e resistência</b>	Capacidade de manter a pele seca	Capacidade de manter a pele seca	Capacidade de manter a pele seca	Capacidade de manter a pele seca	
<b>Nutrição</b>	Capacidade de manter a pele seca	Capacidade de manter a pele seca	Capacidade de manter a pele seca	Capacidade de manter a pele seca	
<b>Pulsação, vascular e temperatura</b>	Capacidade de manter a pele seca	Capacidade de manter a pele seca	Capacidade de manter a pele seca	Capacidade de manter a pele seca	
<b>Baixo risco de desenvolvimento de úlceras por pressão - valor final ≥ 22</b>					
<b>Alto risco de desenvolvimento de úlceras por pressão - valor final ≤ 21</b>					
<b>Total</b>					

Tabela2. Escala de Braden Q - Pediatría (adaptado de GCS, 2011)

## NOC “Garantir a segurança da criança/jovem internada em SO”

### INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 7. Incluir acompanhantes como parceiros para promover a segurança

- Orientar para a vigilância da criança/jovem e permanência junto da mesma;
- Orientar para o seu papel na promoção da segurança da criança/jovem;
- Incentivar o esclarecimento de dúvidas.



## NOC “Garantir a segurança da criança/jovem internada em SO”

### INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 8. Precauções adicionais

- Existem situações em que se prevê uma necessidade de implementar medidas adicionais para promover a segurança, nomeadamente em situações que se verificam **comportamentos auto-lesivos** por parte da criança/jovem. Nestas situações será necessário adaptar a unidade e o SO no sentido de **remover todos os materiais cortantes e perfurantes** a que estes possam ter acesso.



## NOC “Garantir a segurança da criança/jovem internada em SO”

### CHECKLIST DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA

<b>Identificação</b>					
Apresentação do enfermeiro					
Identificação inequívoca do doente					
<b>Segurança da Unidade</b>					
Validar o ajuste dos alarmes dos monitores					
Verificar a funcionalidade do diabetómetro de O2					
Verificar a funcionalidade do aspirador					
Verificar a funcionalidade das bombas infusoras					
<b>Segurança na administração de medicamentos</b>					
Validar alergias (se sim, no sistema ALERT® e pulseira vermelha)					
Cumprir os certos da medicação					
Realizar dupla verificação terapêutica (hemoderivados e sedoanalgesia)					
Identificar seringas de todos os medicamentos e soros a administrar					
Despistar sinais inflamatórios de cateteres e verificar permeabilidade					
<b>Prevenção de infeções nosocomiais</b>					
Validar existência de solução de base alcoólica na unidade					
Cumprir os 5 momentos para higienização das mãos					
Utilizar EPI de acordo com procedimentos e critérios de isolamento					
<b>Prevenção de quedas</b>					
Verificar limpeza e arrumação da unidade					
Mantem a altura da cama baixa e grades elevadas					
Orientar acompanhantes para o risco de queda e validar posse do folheto					
Avaliação do risco de queda*					
<b>Prevenção de úlceras por pressão</b>					
Vigiar integridade da pele					
Avaliação do risco de úlcera por pressão**					
<b>Acompanhantes como parceiros de cuidados</b>					
Orientar para permanência junto da criança/jovem					
Orientar sobre o seu papel na promoção da segurança					
Incentivar o esclarecimento de dúvidas					

## Considerações finais

A utilização de listas de verificação rápida de itens, vem proporcionar a identificação de falhas de segurança, a padronização de técnicas e procedimentos, a melhoria da comunicação e fortalecimento do trabalho em equipa e a redução de erros, reduzindo desfechos negativos.

(Melo et al., 2022)

- ✓ A promoção da segurança do doente em ambiente hospitalar é uma prioridade, sendo imperativa a aplicação das estratégias preventivas por toda a equipa.

# OBRIGADA

## Questões



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaya, M., Paixão, D., Sarquis, L., & Cruz, E. (2016). Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(esp). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016>
- Diário da República. (2021b). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes*. Despacho n.º 9390/2021.
- Direção Geral de Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q), Pub. L. No. 017/2011 [www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb3.pdf](http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb3.pdf).
- Melo, A., Noronha, R., & Nascimento, M. (2022). Uso de checklist para assistência segura à criança hospitalizada *Revista Enfermagem UERJ*, 30(1). <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.62005>
- Rouse, M., Close, J., Prante, C., & Boyd S. (2014). Implementation of the Humpty Dumpty Falls Scale: A Quality-Improvement Project. *Journal of Emergency Nursing*, 40(2), 181–186. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.11.001>
- Silva, E., Silva, D., & Duarte, J. (2018). A segurança dos cuidados da criança hospitalizada: percepção dos enfermeiros. In *Journal of Child and Adolescent Psychology* (Vol. 9).

## 5. AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

Para efeitos de avaliação da sessão formativa foi realizado um questionário de avaliação da satisfação (Apêndice1). O questionário foi entregue aos enfermeiros presentes nas sessões de formação após término das mesmas, tendo sido solicitada a sua colaboração para o seu preenchimento. A sessão de formação decorreu como planeado. No total assistiram á sessão de formação 11 enfermeiros. Ausentaram-se 2 enfermeiros antes do seu término, não tendo estes procedido ao preenchimento do questionário. Apresentam-se de seguida os resultados do questionário de avaliação preenchido pelos 9 enfermeiros:

Apreciação Global da Sessão de Formação Itens de avaliação	1 = discorda totalmente	2 = discorda	3 = não concorda nem discorda	4 = concorda	5 = concorda totalmente
20. As suas expectativas foram satisfeitas.				1	8
21. Os objetivos foram atingidos.				1	8
22. Todos os aspetos abordados foram importantes.				1	8
23. Teve interesse/utilidade para a sua atividade profissional.					9
24. Favoreceu reflexão sobre a sua prática profissional.					9
25. Permitiu a identificação de aspetos que podem ser melhorados.					9
26. A bibliografia foi suficiente e adequada.				3	6
27. Os meios audiovisuais foram adequados.				2	7
28. A duração da formação foi adequada.					9
29. O horário da formação foi adequado.				2	7

Tabela1. Resultados da avaliação da Apreciação Global da Sessão de Formação

Apreciação Global do Formador Itens de avaliação	1 = insuficiente	2 = suficiente	3 = bom	4 = muito bom	5 = excelente
30. Domínio dos conteúdos apresentados.					9
31. Facilidade na transmissão da informação.					9
32. Clareza na transmissão da informação.					9
33. Capacidade para motivar e despertar interesse dos formandos.				1	8
34. Estímulo à participação dos formandos.				1	8
35. Interesse no esclarecimento de dúvidas.					9
36. Gestão de tempo.					9
37. Pontualidade.					9

Tabela2. Resultados da avaliação da Apreciação Global do Formador

A sessão de formação apresenta assim um *feedback* positivo por parte dos formandos presentes. Não foram descritas sugestões ou comentários adicionais nas folhas de avaliação da sessão formativa fornecida aos enfermeiros.

## APÊNDICE1. Folha de avaliação da sessão formativa

### AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA Promover a segurança da criança e jovem no SO

O atual questionário pretende conhecer a sua avaliação a respeito da sessão formativa “Promover a segurança da criança e jovem no SO”.

A sua participação é anónima e os dados serão tratados de forma coletiva, sendo a confidencialidade assegurada.

Os dados serão utilizados unicamente para fins académicos.

#### Apreciação Global da Sessão de Formação

Por favor, utilizando a escala de 1 a 5 valores, coloque uma cruz (x) na opção que melhor expresse a sua opinião.

1 = discorda totalmente; 2 = discorda; 3 = não concorda nem discorda; 4 = concorda; 5 = concorda totalmente.

Itens de avaliação	1	2	3	4	5
1. As suas expectativas foram satisfeitas.					
2. Os objetivos foram atingidos.					
3. Todos os aspetos abordados foram importantes.					
4. Teve interesse/utilidade para a sua atividade profissional.					
5. Favoreceu reflexão sobre a sua prática profissional.					
6. Permitiu a identificação de aspetos que podem ser melhorados.					
7. A bibliografia foi suficiente e adequada.					
8. Os meios audiovisuais foram adequados.					
9. A duração da formação foi adequada.					
10. O horário da formação foi adequado.					

### Apreciação Global do Formador

Por favor, utilizando a escala de 1 a 5 valores, coloque uma cruz (x) na opção que melhor expresse a sua opinião.

1 = insuficiente; 2 = suficiente; 3 = bom; 4 = muito bom; 5 = excelente

Itens de avaliação	1	2	3	4	5
11. Domínio dos conteúdos apresentados.					
12. Facilidade na transmissão da informação.					
13. Clareza na transmissão da informação.					
14. Capacidade para motivar e despertar interesse dos formandos.					
15. Estímulo à participação dos formandos.					
16. Interesse no esclarecimento de dúvidas.					
17. Gestão de tempo.					
18. Pontualidade.					

Sugestões/comentários adicionais:

---

---

---

---

---

---

Muito obrigada pela sua colaboração.