



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 Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**Prevenção e Promoção da Segurança nos cuidados à
criança/jovem: a intervenção do Enfermeiro Especialista**

**Prevention and Promotion of Safety in child/youth care: the
intervention of Specialist Nurse**

Por Maria João Pereira Lopes Correia

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 Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**Prevenção e Promoção da Segurança nos cuidados à
criança/jovem: a intervenção do Enfermeiro Especialista**

**Prevention and Promotion of Safety in child/youth care: the
intervention of Specialist Nurse**

Por Maria João Pereira Lopes Correia

Sob a orientação de Professora Doutora Sílvia Ramos

Lisboa, 2023

“Nas mãos das crianças o mundo vira um conto de fadas”

Johann Goethe

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido e à minha filha, pelo amor, pela paciência, por estarem sempre presentes e por me darem forças para continuar.

À minha mãe por estar sempre do meu lado, pelo carinho e por acreditar sempre em mim.

Ao meu irmão por todo o apoio e incentivo nesta etapa da minha vida.

À Mariana, companheira desta jornada, pela amizade, pela mão na mão e por me ajudar nos momentos mais difíceis e por acreditar que era possível.

Aos meus amigos e colegas de trabalho por estarem presentes e por todos os conselhos e orientações.

Ao Bruno por toda a paciência e apoio neste percurso.

A todas as Professoras do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, por me terem transmitido o vosso saber em Enfermagem, com especial referência à Professora Doutora Sílvia Ramos, pela orientação pedagógica, disponibilidade constante, por todo o apoio e pelos conselhos valiosos.

Aos meus orientadores Elisabete, Rita e Luís, por investirem na minha aprendizagem e ajudarem-me a alcançar os objetivos.

Às minhas colegas de Mestrado, por partilharmos os momentos mais difíceis e por juntas conseguirmos chegar ao fim.

A todas as crianças, adolescentes e famílias que tive oportunidade de conhecer e cuidar.

A todas as pessoas que contribuíram para a concretização deste desafio, resta-me apenas dizer ...

Muito obrigado!

RESUMO

A segurança e a qualidade dos cuidados de saúde encontram-se intimamente relacionadas pelo que, aprofundar conhecimentos sobre a prevenção e promoção da segurança nos cuidados à criança/jovem, é um contributo para a melhoria dos padrões da qualidade dos cuidados prestados. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assume um papel essencial na prevenção e promoção da segurança infantil, independentemente do contexto em que exerça funções, sendo um elemento promotor de estratégias para a maximização do estado de saúde das crianças e famílias, assim como um educador para a saúde prevenindo comportamentos de risco.

A preocupação com a segurança nos cuidados prestados às pessoas tem-se tornado um dos assuntos prioritários na área da saúde e uma preocupação crescente para as organizações de saúde e para os profissionais. A segurança nos cuidados, assim como a qualidade, é um dever multiprofissional específico a cada organização e que exige o empenho de todos os profissionais.

Com o objetivo de mapear a evidência científica acerca desta temática, foi elaborada, em coautoria uma revisão *scoping*: *Perceção da família sobre a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada*.

Durante o meu percurso realizei três estágios em áreas clínicas diferentes: Cuidados de Saúde Primários, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Neste relatório é efetuada uma análise crítica e reflexiva do meu percurso onde estão descritos os objetivos específicos para cada estágio, assim como as atividades desenvolvidas e as competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica que foram desenvolvidas e aperfeiçoadas.

O referencial teórico que serviu para fundamentar todas as atividades desenvolvidas nos contextos clínicos foi o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, na medida em que promove a maximização do potencial do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil em todos os contextos e situações.

Palavras Chave: Enfermagem Pediátrica, Cuidados de Enfermagem, Segurança, Criança, Família.

ABSTRACT

The safety and quality of health care are closely related, so deepening knowledge about prevention and promoting safety in child/youth care is a contribution to improving the standards of quality of care provided. The Nurse Specialist in Child and Pediatric Health Nursing assumes an essential role in the prevention and promotion of child safety, regardless of the context in which he/she exercises functions, being an element that promotes strategies to maximize the health status of children and families, as well as a health educator preventing risk behavior.

The concern with safety in the care provided to people has become one of the priority issues in the health area and a growing concern for health organizations and professionals. Safety in care, as well as quality, is a multidisciplinary duty specific to each organization and requires the commitment of all professionals.

With the aim of mapping the scientific evidence on this topic, a scoping review was prepared: *Family perception of the safety of care provided to hospitalized children*.

During my journey I performed three internships in different clinical areas: Primary Health Care, Neonatal Intensive Care Unit and Pediatric Intensive Care Unit. In this report, a critical and reflective analysis of my journey is carried out, where the specific objectives for each internship are described, as well as the activities developed and the specific skills of a Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing that were developed and perfected.

The theoretical reference that served to base all activities developed in clinical contexts was Nola Pender's Health Promotion Model, insofar as it promotes the maximization of the potential of child and youth growth and development in all contexts and situations.

Keywords: Pediatric Nursing, Nursing Care, Safety, Child, Family

SIGLAS

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

BSIJ - Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CH- Centro Hospitalar

DGS –Direção-Geral da Saúde

EUA - Estados Unidos da América

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESIP - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ICN – International Council of Nurses

JBI - Joanna Briggs Institute

OMS - Organização Mundial de Saúde

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PNV - Programa Nacional de Vacinação

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

RN - Recém-Nascido

SIJ - Saúde Infantil e Juvenil

TIP – Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN - Unidade Cuidados Intensivos Neonatais

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

USF - Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1 Os cuidados de enfermagem à criança e família.....	21
1.2 A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na Prevenção e Promoção da Segurança Infantil	23
1.3 A importância da Segurança dos cuidados	24
1.4 Perceção da família sobre a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada: <i>scoping review</i>	28
1.4.1 Introdução.....	28
1.4.2 Metodologia.....	31
1.4.3 Resultados	34
1.4.4 Discussão.....	35
1.4.5 Conclusão.....	40
1.5 Modelo de Enfermagem de Promoção da Saúde de Nola Pender	41
2.DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	45
2.1 Cuidados de Saúde Primários	46
2.1.1 Diagnóstico Situacional	46
2.1.2 Objetivos, atividades e competências adquiridas	47
2.2 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	53
2.2.1 Diagnóstico situacional	53
2.2.2 Objetivos, atividades e competências adquiridas	54
2.3 Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos	59
2.3.1 Diagnóstico situacional	59

2.3.2 Objetivos, atividades e competências adquiridas	60
CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
APÊNDICES	75
APÊNDICE I - Estratégia de pesquisa da <i>scoping review</i>	77
APÊNDICE II - Critérios de exclusão de estudos da <i>scoping review</i>	81
APÊNDICE III - Instrumento de extração de dados da <i>scoping review</i>	85
APÊNDICE IV - Fluxograma Prisma-ScR do percurso metodológico de seleção, para obtenção dos artigos incluídos na <i>scoping review</i>	89
APÊNDICE V - Tabela dos estudos incluídos na <i>scoping review</i>	93
APÊNDICE VI – Póster científico “Percepção da família sobre a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada”	103
APÊNDICE VII – Resumo do póster científico “Percepção da família sobre a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada”	113
APÊNDICE VIII - Folheto “Prevenção de acidentes no primeiro ano”	117
APÊNDICE IX - Folheto “Prevenção de acidentes do 1 aos 3 anos”	121
APÊNDICE X- Folheto “Prevenção de acidentes a partir dos 6 anos”	125
APÊNDICE XI - Kit “caixa-segura”	129
APÊNDICE XII - Capítulo: Visita domiciliar de enfermagem ao RN e família ...	133
APÊNDICE XIII - Guião de apoio à visita domiciliar do RN e família	145
APÊNDICE XIV - Reflexão crítica UCIN	151
APÊNDICE XV - Convite aos pais para a sessão “Ambiente seguro em casa e deslocações seguras de automóvel”	165
APÊNDICE XVI - Plano da sessão “Ambiente seguro em casa e deslocações seguras de automóvel”	169
APÊNDICE XVII - Diapositivos da sessão “Ambiente seguro em casa e deslocações seguras de automóvel”	173
APÊNDICE XVIII - Avaliação da sessão “Ambiente seguro em casa e deslocações seguras de automóvel”	189

APÊNDICE XIX - Folheto fornecido aos pais sobre a sessão “Ambiente seguro em casa e deslocções seguras de automóvel”	193
APÊNDICE XX - Guião das entrevistas informais aos pais/cuidadores das crianças hospitalizadas na UCIP	197
ANEXOS	203
ANEXO I - Carta da Criança nos Cuidados de Saúde primários	205
ANEXO II - Certificado de apresentação do poster “Perceção da família sobre a segurança nos cuidados prestados à criança hospitalizada”	211
ANEXO III - Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender	215
ANEXO IV-Declaração de frequência do “I Encontro de UCI Neonatais e Pediátricas do CH: Cuidar da criança, jovem e família em situação de grande complexidade”. 219	

INTRODUÇÃO

Este 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 Escola de Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e tem como objetivo apresentar o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências para obtenção do grau de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O Enfermeiro Especialista, independentemente da sua área de atuação, possui várias competências que são designadas por competências comuns e que estão agrupadas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e jurídica; gestão da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento de aprendizagens (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Concretamente para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), existem três competências específicas pelas quais deve pautar o seu desempenho: assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A prática do EEESIP é definida pela “prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192).

Efetivamente, a segurança é um princípio fundamental nos cuidados prestados exigindo um esforço coletivo e simultâneo de todos, assim como um conjunto elevado de ações para a melhoria da qualidade. A ocorrência de erros gera nos profissionais uma elevada preocupação, pelo que é primordial fomentar uma cultura de segurança (Brás et al., 2016). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cuidados de alta qualidade abrangem cuidados seguros e eficazes, eficientes, equitativos e centrados nas pessoas (OMS, 2020). Por este motivo, considere de suma importância debruçar-me sobre a temática da prevenção e promoção nos cuidados à criança/jovem pela sua relevância para a prestação de cuidados

em pediatria, assim como para a prevenção de acidentes e comportamentos de risco. Também o facto de ser elemento dinamizador da Segurança no serviço onde exerço funções, ao longo dos vários anos de experiência na prática na área da pediatria, contribuiu para a decisão da escolha do tema que norteou este percurso. De facto, a minha experiência profissional levou-me a ter cada vez mais consciência da importância da segurança, quer na prestação de cuidados à criança/família, quer na prevenção de possíveis erros, tornando-se deste modo uma preocupação constante e uma meta a alcançar. De modo a aperfeiçoar os meus conhecimentos e experiência na área da segurança infantil, escolhi três campos de estágio diferentes da minha prática diária. Deste modo, realizei estágio numa Unidade de Saúde Familiar em Cuidados de Saúde Primários, numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. A escolha destes campos de estágio teve o intuito de desenvolver ações e atividades distintas, consoante a população e o contexto, no âmbito quer da prevenção e promoção da segurança infantil quer da segurança dos cuidados em ambiente hospitalar.

Foi definido um objetivo geral comum a todos os contextos de estágio: *Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP na prestação de cuidados à criança/jovem e família nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde.*

O percurso realizado para a aquisição de competências específicas de EEESIP é descrito neste relatório que está dividido em quatro capítulos: no primeiro, consta o enquadramento teórico com a contextualização dos cuidados de enfermagem à criança e família, o papel do EEESIP na prevenção e promoção da segurança infantil e a importância da segurança dos cuidados. Neste capítulo, apresento ainda uma revisão de literatura (*Scoping review*) intitulada “Perceção da família acerca da segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada” e o Modelo Teórico de Enfermagem – Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (Pender et al., 2005), utilizado para fundamentar e orientar as atividades realizadas em contexto de estágio. O Modelo de Enfermagem de Promoção da Saúde de Nola Pender foi selecionado como referência para enquadrar este meu percurso como formanda e enfermeira, uma vez que se baseia numa visão holística do indivíduo como ser biopsicossocial. A Promoção da Saúde suporta os estilos de vida e comportamentos saudáveis, habilitando a pessoa, através de mudanças individuais, organizacionais e na comunidade, para a maximização da sua saúde e bem-estar (Tomey et al., 2004).

No segundo capítulo, é efetuada uma análise crítica dos três campos de estágio que foram selecionados: Cuidados de Saúde Primários, em que abordei a área da Prevenção e Promoção da Segurança Infantil, nomeadamente a prevenção de acidentes; Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, em que me foquei na Educação para a Saúde com ensinamentos aos pais sobre o ambiente seguro no domicílio e nas deslocações seguras em automóvel; e por último Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos onde, tendo por base a *Scoping review* realizada, obtive a perceção da segurança nos cuidados dos pais das crianças hospitalizadas na Unidade. Para cada contexto foi elaborado um diagnóstico de situação, com vista a identificar as necessidades de intervenção, através do qual se definiram objetivos específicos, se planearam atividades fundamentadas sustentadas pela evidência científica que, posteriormente, foram avaliadas, tendo por fim sido analisadas as competências desenvolvidas tendo por base a Metodologia de Projeto (Ruivo, 2010), evidenciando não só a temática escolhida, mas também a prestação de cuidados especializada.

Na frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o estágio de Vigilância e Decisão Clínica foi alvo de apreciação e creditação pelo reconhecimento de competências desenvolvidas nos 21 anos de experiência profissional nesta área em particular. Destas, destaco a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, trabalhando em parceria com a criança e família respeitando a sua individualidade, promovendo a maximização da sua saúde e parentalidade e proporcionando educação para a saúde. Considero que detenho conhecimentos e habilidades para dar resposta em situações de complexidade, específicas do internamento onde exerço funções, detetando possíveis situações de emergência e atuando em conformidade. Desempenho também funções na área da gestão, nomeadamente como elemento chefe de equipa, assim como colaboro na integração de novos enfermeiros no serviço e na orientação de estudantes em estágio. Sou elemento dinamizador na área da Segurança, sendo responsável pelas auditorias e formação dos restantes elementos da equipa do serviço. Estas competências consegui aperfeiçoar e contextualizar nos diferentes locais de prática clínica que percorri. Os contextos de estágio que seleccionei tiveram como objetivo vivenciar realidades diferentes à qual estou habituada, permitindo desse modo obter conhecimentos e saberes distintos, assim como contribuir para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

Por último, apresento as considerações finais, onde concluo o trabalho realizado, seguindo-se as referências bibliográficas que sustentaram o meu percurso, os apêndices com todos os documentos que elaborei e os anexos necessários para a concretização dos estágios.

O relatório foi redigido de acordo com as normas propostas pela American Psychological Association (7ª edição).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP) foca a sua atuação no envolvimento dos pais na prática de cuidados à criança como membros essenciais ao normal desenvolvimento da criança. Quando se pensa nos cuidados à criança, a família surge como a principal referência. A criança é um ser dependente, quer pela sua condição humana quer pelas suas características próprias, é muito vulnerável e precisa da sua família a quem cabe a responsabilidade primeira de promover o seu pleno desenvolvimento (Silva et al., 2012).

1.1 Os cuidados de enfermagem à criança e família

A filosofia do cuidado da ESIP assenta em três princípios chave: cuidados centrados na família, a parceria de cuidados e os cuidados atraumáticos.

A filosofia do cuidado centrado na família reconhece a família como uma presença constante na vida da criança. O enfermeiro deve apoiar, respeitar, incentivar e realçar as potencialidades e as competências da família, estabelecendo com os pais uma relação de parceria, respeitando e reconhecendo a sua experiência em cuidar dos filhos tanto dentro quanto fora do contexto hospitalar (Hockenberry et al, 2014). O cuidado centrado na família pode ser definido como o modo de cuidar da criança e da sua família, assumindo-se a família como um todo, na qual todos os membros sejam reconhecidos como foco do cuidado e não apenas a criança (Pinto, 2010).

Os dois conceitos básicos dos cuidados centrados na família são a capacitação e o empoderamento. O enfermeiro capacita as famílias ao proporcionar oportunidades para desenvolverem as capacidades e competências já adquiridas mas, por outro lado, que consigam adquirir novas capacidades e competências para responderem às necessidades da criança e da família. O empoderamento consiste na interação entre o enfermeiro e as famílias de forma a que as famílias mantenham ou adquiram um controlo sobre a sua vida familiar e consigam reconhecer mudanças positivas decorrentes de comportamentos que proporcionem um aumento de capacidades e decisões (Hockenberry et al, 2014).

O reconhecimento da importância dos cuidados centrados na família surgiu com Anne Casey em 1993 que defendia que a criança, os pais e os enfermeiros deviam, em

parceria, ser parte ativa no processo de enfermagem. A parceria está associada a um processo dinâmico que requer uma participação ativa, negociante e concordante de todos os elementos da relação, procurando a definição de objetivos comuns e a partilha de conhecimentos (Silva et al., 2012). O Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey realça a importância dos pais nos cuidados à criança hospitalizada, assumindo-se estes como parceiros da equipa de enfermagem pediátrica nos cuidados ao filho. Anne Casey defende ainda que, para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados devem ser prestados em forma de proteção, estímulo e amor, pelo que ninguém melhor que os pais para os desenvolverem (Casey, 1993).

O EEESIP, baseado numa relação de parceria, exerce um papel de cuidador e de educador proporcionando às famílias oportunidades para desenvolver medidas de promoção da saúde, promovendo uma otimização da sua saúde e da sua parentalidade (Silva et al., 2012).

Os cuidados atraumáticos definem-se como os cuidados prestados utilizando intervenções que eliminem ou minimizem o sofrimento psicológico e físico das crianças e das suas famílias, ou seja, todas as intervenções são realizadas tendo como objetivo principal minimizar ao máximo todo o dano que possa causar na criança. O cuidado terapêutico inclui a prevenção, o diagnóstico, o tratamento ou medidas paliativas para as doenças agudas ou crónicas (Hockenberry et al, 2014). Existem três princípios fundamentais que estão na base do cuidado atraumático: evitar ou minimizar a separação entre a criança e a família, promover a sensação de segurança e evitar ou minimizar a dor. São exemplos de cuidados atraumáticos: manter a relação pais-filho durante a hospitalização, explicar à criança qualquer procedimento antes da sua realização, de acordo com a sua faixa etária e capacidade de compreensão, utilizar medidas farmacológicas e não-farmacológicas para controlar a dor, respeitar a privacidade da criança, promover a expressão de emoções, negociar os cuidados com a criança oferecendo-lhe oportunidades de escolha e respeitar as suas diferenças culturais e religiosas (Hockenberry et al, 2014).

O EEESIP deve agir pelo melhor interesse da criança e da família, assegurando que as famílias sejam envolvidas nos cuidados à criança, tenham consciência de todas as opções de cuidados de saúde de que dispõem, sejam informadas e esclarecidas adequadamente sobre todos os tratamentos e procedimentos, de modo a que as suas decisões sejam livres e conscientes.

A Declaração dos Direitos da Criança das Nações Unidas fornece diretrizes para a prática de enfermagem de modo a assegurar que todas as crianças recebam os cuidados ideais (United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF] 2019).

1.2 A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na Prevenção e Promoção da Segurança Infantil

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica indica que o EEESIP “trabalha 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, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19192).

A Estratégia Europeia para o Desenvolvimento da Saúde da Criança e Adolescente define os acidentes como uma prioridade e, para 2020, previu que eles poderiam ser a terceira causa de morte no mundo. Em Portugal, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil reforça que a segurança do ambiente e os acidentes são uma constante nos cuidados antecipatórios prestados às crianças (Brás et al., 2020).

Deste modo, apostar na prevenção de acidentes e ensinar a criança a proteger-se de possíveis situações de risco são áreas prioritárias nas quais é preciso investir. O EEESIP é o profissional de saúde que, em parceria com a criança/família, tem um papel essencial através de ações informativas, educativas e preventivas em qualquer contexto em que se encontre. Deve ainda promover o crescimento e o desenvolvimento infantil e transmitir orientações antecipatórias às crianças/famílias, com o objetivo de maximizar todo o potencial do seu desenvolvimento (Brás et al., 2020). O enfermeiro, sendo o profissional com maior acesso à população detém o papel de orientador, por exemplo no caso dos acidentes da infância através do encaminhamento e educação continuada dos pais, promovendo a prevenção destes acidentes, contribuindo para uma melhor qualidade de vida das crianças. A assistência prestada pelo enfermeiro deve ser completa e qualificada de forma a aumentar e melhorar o conhecimento dos pais e familiares, proporcionando uma melhor qualidade de vida e completo desenvolvimento da criança (Passos & Santos, 2016).

A Direção-Geral de Saúde (DGS) com a colaboração do Instituto de Apoio à Criança, criou a Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários onde constam os 10

“mandamentos” para assegurar a qualidade dos cuidados prestados à criança assim como para a prevenção e promoção da sua saúde e segurança em ambiente de Cuidados de Saúde Primários (Anexo I) (DGS, 2021).

O Enfermeiro tem uma posição favorecida na comunidade pela possibilidade de atuar em vários contextos, podendo ser agentes ativos, promotores e facilitadores na identificação de fatores de risco, na adoção de comportamentos de mudança e na promoção de comportamentos seguros (Ramos & Nunes, 2012). Todas estas competências capacitam o EEESIP num profissional de saúde de eleição na prevenção e promoção da segurança infantil, na medida em que realiza ensinamentos, promovendo a literacia, e colabora na implementação e dinamização de programas com a finalidade de prevenir acidentes e adoção de comportamentos e ambientes potenciadores de segurança.

1.3 A importância da Segurança dos cuidados

A segurança do doente tornou-se um aspeto essencial na prestação de cuidados de saúde, promovendo a redução do risco de danos desnecessários, decorrentes ou associados a ações realizadas durante os cuidados de saúde (Lima, 2014).

No contexto pediátrico, as preocupações com a segurança são uma constante, pois as crianças são mais vulneráveis aos incidentes devido a fatores intrínsecos, relacionados com as suas características anatómicas e fisiológicas, e a fatores extrínsecos, nomeadamente a falta de políticas de saúde, assim como a lacuna da indústria farmacêutica que ainda não se encontra voltada para as especificidades próprias da criança (Santa et al., 2011). A grande variabilidade de idades das crianças internadas, as diferenças em termos de desenvolvimento e todos os fatores ambientais obrigam a uma adaptação e reorganização permanente por parte dos enfermeiros, que se esforçam diariamente para uma prestação de cuidados o mais segura possível.

A OMS considera que a existência de efeitos adversos é um desafio para a qualidade dos cuidados. A complexidade dos cuidados de saúde, o ambiente e a cultura da organização são fatores potenciadores do erro (Ordem dos Enfermeiros, 2006). A evidência tem demonstrado que os erros são muito comuns na prática dos cuidados de saúde, podendo ocorrer em qualquer fase do processo de tratamento do doente. Os riscos de erros nos cuidados de saúde prestados às pessoas podem ser evitáveis e reduzidos para um mínimo

aceitável. De acordo com alguns estudos internacionais, cerca de 50% dos incidentes notificados são evitáveis (Brás et al., 2016).

As consequências da falta de segurança do adulto e da criança originam uma perda de confiança nos profissionais e nas organizações, levando ao estabelecimento de relações de desconfiança e originando um aumento nos custos sociais e económicos. Todos os profissionais devem estar envolvidos numa cultura de segurança justa e aberta, com consciência dos seus papéis, para que possam aprender com os seus erros e corrigi-los. A segurança nos cuidados é um dever multiprofissional e que exige o empenho de todos os profissionais (Brás et al, 2016).

A prestação de cuidados de saúde, pela complexidade inerente, acarreta um maior risco. Baseada na premissa de que os seres humanos cometem falhas e, por conseguinte, os erros são esperados, a DGS define que os erros são falhas não intencionais na realização planeada de uma ação ou desenvolvimento incorreto de um plano para atingir um objetivo (DGS, 2011).

Segundo a *World Health Organization* (WHO), todos os anos e mundialmente, dezenas de milhões de doentes sofrem lesões incapacitantes, ou mesmo a morte, originados por erros e falhas na assistência em saúde, sendo a sua maior prevalência em ambiente hospitalar. De acordo com alguns estudos, um evento tem maior probabilidade de ser relatado consoante o dano que provocou no paciente e a maioria é relatada pelos enfermeiros, assumindo que são quem mais próximo está do paciente (Françolin et al., 2015).

O cuidado em enfermagem caracteriza-se pela redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde. A situação de erro pode ocorrer na rotina do cuidado de enfermagem provocado por situações de negligência, imprudência ou omissões, não estando diretamente relacionados com a qualificação do profissional. Porém, a segurança do adulto e da criança é uma responsabilidade legal da enfermagem (Rosa et al., 2015).

Em situações de internamentos pediátricos de longa duração e em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, a probabilidade e a gravidade da ocorrência de incidentes assumem maior relevância devido à complexidade dos cuidados que são prestados, assim como ao ambiente hospitalar a que estão sujeitos (Fragata, 2011). Outro fator que contribui para aumentar a possibilidade de ocorrência de erro, é a incapacidade de as crianças questionarem os cuidados que lhe são prestados. Apesar de se preconizar e incentivar o

acompanhamento dos pais e familiares durante o internamento, por variados motivos, os mesmos podem não conseguir estar permanentemente ao seu lado, deixando de existir uma barreira adicional que minimizaria a ocorrência de alguns erros (Miller et al. 2003).

Os princípios que qualificam o cuidado de enfermagem e direcionam a prática baseada em evidência com ética e compromisso profissional, baseiam-se na realização de procedimentos seguros, com qualidade e adequados às necessidades do adulto e da criança tendo como objetivo a maximização dos resultados. É dever do enfermeiro identificar e intervir nas possíveis situações potenciadoras de erros durante a sua prática profissional, garantindo a segurança dos doentes. Torna-se então fundamental compreender a perceção dos enfermeiros acerca da segurança do doente (Rosa et al., 2015).

Estudos sobre a segurança do doente, bem como sobre a participação do enfermeiro na elaboração de estratégias para a melhoria da qualidade e da segurança da assistência de enfermagem são ainda recentes e necessários. Nas últimas décadas, a preocupação com a segurança no cuidado prestado ao doente tem-se tornado um dos assuntos prioritários na área da saúde, refletindo-se na busca e desenvolvimento de evidências científicas.

A posição conjunta do International Council of Nurses (ICN), International Pharmaceutical Federation e World Medical Association refere a segurança dos doentes como prioritária nas intervenções dos cuidados de saúde. Desde o Relatório do Institute of Medicine (“To Err is Human: Building a Safer Health System”, 1999) e dos estudos de Needleman (2002) e Kovner (2002), denota-se uma evidência crescente da relação entre a dotação de enfermeiros e a ocorrência de eventos adversos, tais como, quedas das camas, erros de terapêutica, infeções nosocomiais e reinternamentos (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Apesar da Agency for Healthcare Research and Quality considerar as crianças como uma população prioritária, a evidência demonstra que os estudos na área da pediatria são ainda escassos.

Todos os esforços para a melhoria da qualidade em saúde e o aumento da segurança da pessoa confirmam o que o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) define. O PNSP tem como objetivo a produção, sistematização e difusão de conhecimentos sobre a segurança do doente. A Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, na sua Base 2 determina que “as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo

as boas práticas de qualidade e segurança em saúde.” (Diário da República, 2021, p.96). O PNSP 2015-2020 refere que a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está diretamente ligada à organização e à cultura de segurança próprias de cada instituição. A incidência dos erros aumenta quando não existe investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde (Diário da República, 2015).

Brás et al. (2016), citando a OMS, afirmam que a cultura de segurança numa instituição de saúde diz respeito ao conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e a ação relativa às questões da segurança do doente. The Agency for Healthcare Research and Quality definiu como cultura de segurança “o produto dos valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso e o estilo e competência das organizações de saúde” (p.15). A cultura de segurança varia consoante a instituição, porque é influenciada não só pelas políticas de segurança da mesma, como pelo comportamento individual de cada profissional. A formação dos profissionais é um investimento para cultivar a cultura de segurança, na medida em que contribui para a mudança da consciência e culpabilização do erro, assim como incentiva à sua notificação e à aprendizagem com o mesmo. Outro aspeto de extrema importância é o tipo de comunicação estabelecida dentro da instituição. Preconiza-se que seja utilizada uma linguagem assertiva, estruturada e sem falhas na comunicação (Brás et al., 2016). Em pediatria, o tipo de comunicação que é estabelecida entre os profissionais e a criança /família, ganha outro valor pelas dificuldades e barreiras que se estabelecem, originadas pela especificidade própria de cada criança/família, o que pode levar a falhas na transmissão de informações importantes, potenciadoras de cuidados inseguros.

A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias para reduzir estes incidentes, assumindo que alguns são evitáveis, atualmente é reconhecida, quer nacional quer internacionalmente, como condutoras e potenciadoras de ganhos em saúde (Diário da República, 2021).

A promoção da segurança do adulto e da criança determina um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas, assim como uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, baseada numa lógica não punitiva e de melhoria contínua (Diário da República, 2021).

1.4 Perceção da família sobre a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada: *scoping review*

A prestação de cuidados de saúde seguros é pedra basilar não só para as instituições, por ser um critério de qualidade, mas também para os doentes e famílias. Deste modo, na sequência das ideias referidas anteriormente, é fundamental também conhecer e compreender qual a perceção da criança e família da segurança dos cuidados que lhes são prestados durante o internamento hospitalar. Respondendo ao desafio lançado durante a frequência deste mestrado foi realizada a par com outra colega, uma revisão de literatura sobre a *Perceção dos pais/familiares da segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada*.

1.4.1 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 doentes recebam cuidados com a máxima segurança (Silva et al., 2018).

A segurança do paciente foi definida pela OMS 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 (Diário da República, 2021a). Da mesma forma, de acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, no seu artigo 3º, “todo o ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” (Diário da República, 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 (The 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 perceções 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 perceção 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 Institut for Health*, *JBI Evidence Synthesis*, *OSF home* e *the Cochrane Database of Systematic Reviews*, onde não foram 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 os fatores contribuintes para o cuidado inseguro e as suas sugestões de melhoria, constituem assim uma mais-valia para sensibilizar profissionais e organizações de saúde, favorecendo aprendizagens e a 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.

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?

1.4.2 Metodologia

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). Também se consideraram os 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 ainda 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.

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 (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 dos estudos

Todos os estudos obtidos através da estratégia de pesquisa foram exportados para o software *Zotero* (6.0.6/2022), onde foram removidos os estudos duplicados. 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 (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, sem resposta (“Care of Children in Hospital: Unnoticed Errors Are Detected by the Parents,” 2018; “Families of Hospitalised Children Report Errors Accurately,” 2012).

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 acompanha os resultados tabulados e descreve como os resultados se relacionam com o objetivo e as questões da revisão.

1.4.3 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 nove 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 três estudos das referências bibliográficas dos estudos incluídos, totalizando 29 estudos incluídos para revisão. O fluxograma do processo de seleção dos estudos de acordo com as orientações PRISMA-ScR é apresentado em apêndice (Apêndice IV) (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., 2020b; Hoffmann et al., 2019b, 2020; Lima et al., 2017; Moura et al., 2020; M. Á. Peres et al., 2018; Rodrigues et al., 2018; T. 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., 2020b; Harbaugh et al., 2004; Hoffmann et al., 2019b, 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; M. Á. Peres et al., 2018; Rodrigues et al., 2018; Rosenberg et al., 2016; Schaffer et al., 2000; Shala et al., 2019; T. 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., 2020b; Hoffmann et al., 2020; Lachman et al., 2015; Rodrigues et al., 2018; T. Silva et al., 2012; Wegner & Pedro, 2012), 227 (5%) são cuidadores (Hoffmann et al., 2019b; Massa et al., 2019; M. Á. Peres et al., 2018) e 40 (1%) são acompanhantes (Lima et al., 2017).

As características dos estudos incluídos na *scoping review* são apresentadas em Tabela (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.

1.4.4 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, 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 percebido 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 são consideradas 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 preocupação 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 bebés, 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 incentivaram 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 sobre o 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 nos cuidados, evitando riscos para a 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).

1.4.5 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 á segurança da criança hospitalizada.

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

Como sugestão temos a intenção de publicar a *Scoping review* numa revista especializada.

No V Seminário Internacional em Enfermagem, Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO apresentámos esta revisão da literatura sob a forma de poster: “Perceção da família sobre a segurança nos cuidados prestados à criança hospitalizada: *scoping review*” (Apêndice VI), cujo resumo será publicado no E-Book deste evento (Apêndice VII). A participação neste evento está comprovada pelo certificado que se encontra no Anexo II.

1.5 Modelo de Enfermagem de Promoção da Saúde de Nola Pender

O Modelo de Enfermagem de Promoção da Saúde de Nola Pender foi selecionado como referência para enquadrar este meu percurso como formanda e enfermeira, porque assenta numa visão holística do indivíduo como ser biopsicossocial. A escolha deste modelo está relacionada com a possibilidade de ser aplicado em qualquer altura, a todos os adultos e crianças e em todos os contextos, permitindo o desenvolvimento de um plano adequado e

específico a cada família, tendo em conta a especificidade de cada um assim como as suas características culturais e socioeconómicas.

O Modelo surge como uma proposta para integrar a Enfermagem na ciência do comportamento, identificando os fatores biopsicossociais que influenciam os comportamentos saudáveis, servindo de igual modo como uma linha orientadora para motivar as pessoas a adotarem comportamentos potenciadores de saúde (Pender et al., 2005). Na sua construção, Nola Pender teve com fontes teóricas e alicerces a perspetiva de enfermagem holística, a psicologia social e a teoria da aprendizagem.

O Modelo de Nola Pender constitui fundamentalmente um modelo de Enfermagem, podendo ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, motivando os indivíduos a ajustarem-se a comportamentos promotores de saúde.

O Modelo é constituído por três dimensões (Anexo III):

1. as características e experiências individuais;
2. os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento específico;
3. o comportamento de promoção da saúde desejável.

As características e experiências individuais relacionam o comportamento anterior (o que deve ser modificado) com fatores pessoais, que podem ser divididos em fatores biológicos (idade, índice de massa corporal, sexo), psicológicos (autoestima, automotivação e perceção da saúde) e socioculturais (educação, nível socioeconómico) (Pender et al., 2005).

Em pediatria, o EEESIP deve aproveitar o seu contato mais próximo com a criança/família para fazer uma apreciação individual de cada família, de modo a identificar possíveis necessidades (pessoais, saúde ou socioeconómicas) e comportamentos de risco capazes de originar alterações a nível do crescimento e desenvolvimento.

Os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se pretende alterar é o cerne deste modelo e onde incide a intervenção do enfermeiro. Esta dimensão analisa a perceção da pessoa quanto aos benefícios para a ação (impacto positivo que vai ter na sua saúde), a perceção das barreiras para a ação (as perceções negativas sobre um comportamento são vistas como dificuldades e custos pessoais), a perceção da autoeficácia (capacidade e vontade de investir tempo e esforço para mudar), os sentimentos em relação ao comportamento (refletem uma reação emocional direta, podendo ser positiva, negativa,

agradável ou desagradável), as influências interpessoais (o comportamento pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, profissionais de saúde, ou por normas e modelos sociais) e influências situacionais (fatores do ambiente podem facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde). A intervenção do Enfermeiro nesta dimensão baseia-se na motivação e reforço positivo, na informação sobre os benefícios da mudança de comportamento e na sugestão de estratégias potenciadoras da mesma, baseando-se na avaliação prévia das necessidades da família (Pender et al., 2005).

O comportamento de promoção da saúde desejável é o resultado da interação de todos os fatores anteriores, projetando um compromisso com o plano de ação e a adoção do comportamento promotor de saúde. O EEESIP deve capacitar a criança/família das suas capacidades e competências, para em conjunto encontrarem estratégias para a adoção de comportamentos saudáveis. Nesta fase podem existir dúvidas quanto à decisão e à capacidade de adoção do comportamento, podendo estar associadas a exigências imediatas (responsabilidades familiares e profissionais) e/ou a preferências pessoais que exercem um alto controlo sob as ações de mudança de comportamento (Silva & Santos, 2010), pelo que o enfermeiro deve apoiar, esclarecer e acompanhar na adoção do comportamento.

A aplicação do Modelo de Promoção de Saúde prevê como resultado de ação, mudanças comportamentais positivas nos indivíduos relacionadas com a promoção da saúde, permitindo à pessoa desenvolver um papel ativo na gestão do seu próprio comportamento. O enfermeiro tem uma intervenção fundamental no equilíbrio entre a mudança e a estabilidade no processo de aprendizagem da pessoa (Pender et al., 2005).

Na área de saúde infantil e pediatria a promoção da saúde é fundamental, existindo a necessidade de investimento e intervenção por parte dos EEESIP no acompanhamento da criança e das suas famílias, contribuindo desse modo e de forma significativa para a maximização do potencial do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil.

O enfermeiro é o profissional que vivencia de forma mais próxima as situações relacionadas com a saúde da criança e jovem, podendo aproveitar as oportunidades para desenvolver estratégias de promoção da saúde, exercendo assim educação para a saúde.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica frequentei três estágios nos seguintes serviços clínicos: Cuidados de Saúde Primários, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Estes campos de estágio foram escolhidos por serem serviços distintos do qual exerço funções, permitindo-me deste modo conhecer outras realidades.

Os aspetos relacionados com a segurança nos cuidados à criança/jovem, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumem cada vez mais uma preocupação para as organizações de saúde, para os profissionais de saúde, cuja missão consiste na prestação de cuidados com elevado nível de eficiência e eficácia baseados na melhor evidência científica disponível, assim como para o utente pediátrico e suas famílias que desejam sentir-se confiantes e seguros. Deste modo, a problemática da prevenção e promoção da segurança assume uma grande importância na prática dos cuidados prestados, tornando-se uma área prioritária na atuação do EEESIP.

Durante o percurso desenvolvido ao longo dos diferentes locais de estágio, foi possível aprofundar os conhecimentos adquiridos ao longo da minha experiência pessoal e profissional e adquirir novas competências específicas, de forma a desenvolver as competências indexadas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro de 2019) e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho de 2018).

Os cuidados que prestei tiveram como base e orientação os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

No início de cada estágio, foi solicitada a elaboração de um projeto de estágio onde foram delineados os objetivos específicos para cada estágio, assim como o planeamento das atividades para os atingir e os resultados esperados. Os projetos de estágio seguiram a metodologia de projeto proposta por Ferrito et al. (2010) que preconiza cinco etapas na sua realização: diagnóstico de situação, definição dos objetivos, planeamento das atividades,

execução e avaliação e divulgação dos resultados. No final de cada estágio, num portfólio, foram agrupadas todas as atividades desenvolvidas e os documentos utilizados.

De seguida, descrevo o percurso de cada contexto de estágio individualmente, pela ordem pela qual decorreram. Início por uma contextualização do local de estágio e do diagnóstico de situação, seguido dos objetivos específicos e finalizando com a descrição das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas.

Foi definido um **objetivo geral** comum a todos os contextos de estágio, baseado no desenvolvimento de competências de EEESIP, na prestação de cuidados à criança/jovem e família direcionado para a aquisição de competências relacionadas com a especificidade de cada local de estágio e tendo por base a temática da Segurança dos cuidados.

- Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP na prestação de cuidados à criança/jovem e família nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde.

2.1 Cuidados de Saúde Primários

O estágio decorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF) pertencente à Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), no período compreendido entre 5 de setembro e 7 de outubro de 2022.

A equipa de saúde é constituída por sete equipas constituídas por médico, enfermeiro e administrativa, pelas quais estão distribuídos os utentes. A USF dispõe de uma Enfermeira Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, uma Enfermeira Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sendo os restantes enfermeiros generalistas.

O método de trabalho de enfermagem é por enfermeiro de família, sendo este responsável por todas as consultas e prestações de cuidados aos seus utentes no decorrer do ciclo vital, tendo por orientação os programas nacionais de saúde da DGS.

2.1.1 Diagnóstico Situacional

Durante a primeira semana de estágio realizei observação participativa das Consultas de Saúde Infantil e Juvenil, onde me foi possível identificar possíveis necessidades da USF.

Informalmente, conversei com a enfermeira orientadora de estágio onde expus a área temática que tinha interesse em explorar e desenvolver atividades, relacionando a mesma com as necessidades da USF.

Desta forma, foram identificadas duas necessidades importantes: a primeira em relação à promoção da segurança infantil e prevenção de acidentes nas consultas de Saúde Infantil, nomeadamente a atualização dos folhetos já existentes e a carência de um Kit com equipamentos preconizados e adequados para prevenir acidentes domésticos, para utilizar como recurso nos ensinamentos aos pais durante as consultas de Saúde Infantil e Juvenil (SIJ); a segunda necessidade surgiu na elaboração do Manual de Procedimentos de Visita Domiciliária de Enfermagem. Já se encontrava em elaboração este manual de procedimentos, mas vocacionado apenas para o Adulto, não existindo nada para a visita domiciliária ao recém-nascido (RN) e família. Deste modo, surgiu a ideia de elaborar um capítulo para a visita domiciliária de enfermagem ao RN e família, para ser integrado no Manual de Procedimentos de Visita Domiciliária de Enfermagem.

2.1.2 Objetivos, atividades e competências adquiridas

Tendo por base o objetivo geral delineado para todos os contextos de estágio, defini dois objetivos específicos para este estágio:

Objetivo específico 1: Prestar cuidados de enfermagem à criança/jovem e família nos diferentes contextos de saúde e etapas de desenvolvimento, com especial enfoque na prevenção e promoção da segurança infantil durante as consultas de SIJ.

Para atingir este objetivo específico, planeei a realização de algumas atividades.

Realizei consultas de SIJ, inicialmente sob supervisão da EEESIP, e posteriormente de forma autónoma, efetuando registos no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) nomeadamente, parâmetros estado-ponderais, desenvolvimento físico, psicomotor, psicossocial e problemas identificados onde considero ter desenvolvido e aperfeiçoado as competências específicas “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” e E3.1.1 “Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018) pela identificação de fatores de risco e de comportamentos de risco possíveis de interferir negativamente no desenvolvimento da criança/jovem e pelos conhecimentos mobilizados e aprofundados sobre o crescimento e desenvolvimento infantil.

O acolhimento à criança e família, a colheita de dados, a observação física da criança, a identificação de necessidades, a realização de cuidados de enfermagem e o esclarecimento de dúvidas dos pais e família no decorrer das Consultas de SIJ, foram algumas das

intervenções que realizei e me permitiram desenvolver, no domínio da prestação de cuidados especializados, a competência específica E1 “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.” (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Esta realidade, diferente da minha prática profissional atual, implicou um trabalho de mobilização do saber, na vertente de promoção da saúde e de hábitos saudáveis, mas também do saber estar num contexto diferente.

Durante as consultas de SIJ valorizei a importância de envolver os pais na prestação de cuidados, de forma a promover um desenvolvimento infantil harmonioso, porque os pais são as pessoas de referência da criança. A participação da família nos cuidados é a chave para a qualidade dos cuidados de enfermagem, pelo que considero ter desenvolvido a competência específica E1.1.1 “Negocia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.” (Ordem dos Enfermeiros, 2008). A negociação entre a criança/família e equipa é um fator fundamental na participação parental e no desenvolvimento de cuidados centrados na família, pelo que os enfermeiros devem desempenhar um papel incitador no processo de negociação de cuidados com os pais.

Na comunicação com as crianças, considerei a sua fase de desenvolvimento e o seu comportamento, considerando os *stressores* que eventualmente poderiam influenciar a sua atitude, adotando uma postura calma, procurando sempre colocar-me ao seu nível, utilizando linguagem simples, clara e verdadeira, mobilizando deste modo a competência específica E1.1.2 “Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.” (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Ao longo deste estágio cuidei de crianças, jovens e suas famílias, proporcionando-lhes momentos de educação para a saúde de acordo com as suas necessidades individuais, respeitando o que é referido no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, acerca da Promoção da Saúde: a criação e aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família, a criança e/ou o jovem, no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Considero que fui elemento facilitador e promotor para que os pais adquirissem conhecimentos relativos à saúde e segurança da criança e jovem pois, durante o estágio, tive oportunidade de participar em várias consultas de Enfermagem às mesmas famílias, o que facilitou a avaliação deste processo, desenvolvendo desta forma as competências específicas

E1.1.4 “Proporciona conhecimentos e aprendizagens de habilidades especializadas e individuais às crianças /jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença” e E1.1.5 “Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido de adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Durante as consultas à criança/e família efetuei a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil com base na Escala de Avaliação de MarySheridan, com transmissão da informação relativa aos cuidados antecipatórios consoante o grupo etário, para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil, tendo desenvolvido a competência específica E3.1.2 “Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Participei na prestação de cuidados à criança durante a vacinação e esclarecimento de dúvidas dos pais e família, aproveitando esta oportunidade para sensibilizar, capacitar e motivar para a importância da vacinação na prevenção de doenças e do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV). Este programa é primordial na prevenção e promoção da saúde na população infantil, pelo que é importante motivar, esclarecer e incentivar a criança/família no cumprimento do mesmo. É competência dos profissionais de saúde divulgar o PNV, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas suscetíveis (DGS, 2013). Para além da vacinação nas idades chave recomendáveis pelo PNV, participei na realização de Provas de Mantoux e na administração de BCG às crianças com elegibilidade para tal. Esta USF é a unidade de saúde do concelho onde pertence, ao momento do estágio, responsável pela realização das provas de Mantoux e pela administração da vacina de BCG a todas as crianças que tenham elegibilidade para a sua inoculação. As crianças são referenciadas à EEESIP da USF pelos enfermeiros das outras unidades de saúde. Esta referenciação e elegibilidade segue as orientações da Norma 06/2016 “Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG” (DGS, 2016).

Desta forma, considero que estas atividades permitiram-me desenvolver, no domínio da prestação de cuidados especializados, a competência E3: “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Durante o estágio tive oportunidade de participar na primeira consulta de enfermagem ao RN. Esta consulta é um momento privilegiado de observação do RN, da sua interação com os pais, da amamentação, de transmissão dos

cuidados antecipatórios nomeadamente da alimentação, higiene, posição de dormir e hábitos de sono, cólicas, desenvolvimento infantil, vacinação, acidentes e segurança, assim como também é realizada uma avaliação da mãe enquanto puérpera. Deste modo considero que desenvolvi as competências específicas E3.2.1 “Avalia o desenvolvimento da parentalidade.”, E3.2.5 “Promove a amamentação.” e a E3.3.1 “Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018), procurando sempre adequar os ensinamentos à especificidade da família e às suas necessidades.

Elaborei planos de cuidados de acordo com a evolução do ciclo vital das crianças/jovens e segundo as necessidades das famílias no programa SClínico segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Existem diagnósticos recomendáveis no processo de enfermagem consoante o programa em que a criança/jovem está inserida. Por exemplo, no Programa de Saúde Infantil está preconizado: Adesão à Vacinação, Ferida, Desenvolvimento Infantil, Vinculação, Dentição, Visão, Prevenção de Segurança, Mamar e Papel parental; e no Programa de Saúde Juvenil (a partir dos 14 anos): Adesão à vacinação, uso de tabaco, Uso de álcool, Metabolismo, Maturação, uso de contraceptivos, Autovigilância, Prevenção de Segurança e Papel parental.

Outra atividade que me foi proporcionada foi uma reunião com uma das EEESIP que pertence à Unidade de Cuidados Continuados (UCC). Considerei esta reunião muito importante para tomar conhecimento dos projetos e ações desenvolvidas pelos enfermeiros da UCC na comunidade e, concomitantemente, para perceber melhor a articulação dos cuidados de enfermagem com a comunidade. Esta reunião serviu também para meu enriquecimento pessoal e profissional por ser uma área completamente diferente do contexto de internamento hospitalar onde exerço funções e porque no futuro poderá ser útil para a implementação de novos projetos onde trabalhe. Os principais projetos implementados e em ação pela UCC são o Programa de Saúde Escolar, a Intervenção Precoce na Infância, Cursos de Preparação para o parto, Universidade Sénior e articulação com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens nas situações suscetíveis de afetar a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral.

Objetivo específico 2: Contribuir para a uniformização das práticas para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Segundo as necessidades identificadas no diagnóstico de situação, e tendo como objetivo contribuir para a uniformização das práticas e para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, padronizando as intervenções dos enfermeiros na área da prevenção e promoção de acidentes infantis, realizei como atividades:

» **Folhetos**

Elaborei três folhetos sobre a Prevenção de Acidentes de acordo com as várias idades, no primeiro ano de vida (Apêndice VIII), do 1 aos 3 anos (Apêndice IX) e para crianças com mais de 6 anos (Apêndice X), com base nas diretrizes do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) e da Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2010) que foram entregues aos pais durante as consultas de Saúde Infantil. Os pais referiram e demonstraram ser de grande importância para o esclarecimento de dúvidas e uma mais-valia para evitar futuros acidentes em casa. Estes folhetos foram disponibilizados à USF em formato digital, para dar continuidade à sua utilização, assim como ficaram alguns exemplares impressos na sala de SIJ.

» **Kit “caixa-segura”**

Criei o Kit que designei de “caixa-segura” com equipamentos adequados e recomendáveis sobre a prevenção de acidentes no domicílio para ser utilizado nas consultas de SIJ. A ideia de criar o Kit surgiu após observar e constatar que durante as consultas de SIJ, quando o tema da segurança era abordado, alguns pais desconheciam os equipamentos disponíveis no mercado que poderiam adquirir de forma a tornar a casa mais segura. Neste sentido, em lojas de puericultura adquiri alguns equipamentos de segurança e procedi à montagem do Kit (Apêndice XI). Considero que esta iniciativa foi muito útil porque quando o utilizei nas consultas de SIJ o feedback dos pais foi muito positivo. Para alguns pais serviu para lembrar o que já tinham utilizado com os primeiros filhos, mas para outros pais foi uma nova descoberta e facilitou a aquisição de conhecimentos sobre os dispositivos existentes no mercado. O Kit ficou na USF para ser utilizado nos ensinamentos aos pais sobre a prevenção e promoção de acidentes domésticos.

Considero que contribuí de forma positiva para o ensino aos pais sobre prevenção e promoção da segurança infantil com a realização dos folhetos sobre prevenção de acidentes (a serem entregues aos pais/famílias durante as consultas de SIJ) e com a elaboração do Kit com os equipamentos adequados e recomendáveis sobre prevenção de acidentes no domicílio (a ser utilizado durante as mesmas consultas) desenvolvendo a competência

específica E3.1.3 “Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil” (Ordem dos Enfermeiros, 2018). É fundamental os pais estarem despertos para os riscos que podem existir e terem conhecimentos dos vários dispositivos existentes para tornar a casa mais segura.

» **Manual de Procedimentos para a Visita Domiciliária de Enfermagem:**
Capítulo para a visita domiciliária de enfermagem ao RN e família

A USF realiza apenas visitas domiciliárias de enfermagem em contexto de situações de doença ao adulto, mas tem como objetivo a implementação da Visita Domiciliária de Enfermagem em contexto de prevenção e promoção da saúde. A Visita domiciliária de enfermagem ao RN e família enquadra-se neste projeto.

Elaborei o Capítulo para a Visita Domiciliária de Enfermagem ao RN e família baseada na avaliação física e sócio económica que deve ser realizada no primeiro contato com o RN e a família (Apêndice XII). Como a minha temática estava relacionada com a Segurança Infantil, decidi incluir neste capítulo um guião de apoio (checklist), a ser utilizado pelos enfermeiros durante a visita domiciliária como instrumento de registo e orientação da visita domiciliária (Apêndice XIII), sobre os equipamentos recomendáveis no domicílio e, no caso de estes existirem, verificar a sua segurança e adequabilidade, de forma a proporcionar um ambiente seguro para o RN. Com a elaboração do Capítulo para a Visita ao RN e família considero que mobilizei e desenvolvi a competência específica E1.1 “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Ordem dos Enfermeiros, 2018), na medida em que contribuí para a implementação de um projeto da USF e com ele promover a proximidade dos enfermeiros de família com as suas famílias e sensibilizar para a importância da segurança infantil no domicílio.

Não foi possível realizar uma visita domiciliária de enfermagem ao RN e família durante o estágio, mas este é um projeto que a USF pretende implementar a curto prazo.

Como última atividade realizada, apresentei de modo informal as atividades que desenvolvi durante o estágio à equipa de enfermagem. A equipa aprovou os folhetos sobre a prevenção dos acidentes domésticos e referiu ser muito importante e facilitador nos ensinamentos aos pais sobre a segurança infantil, assim como o “Kit caixa-segura” com os equipamentos de segurança.

2.2 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O estágio de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) decorreu entre os dias 10 de outubro a 11 de novembro de 2022 numa UCIN de um Hospital na zona de Lisboa, integrada num Centro Hospitalar.

Esta unidade é considerada de referência para patologia cirúrgica neonatal da área da Grande Lisboa, sul do país, ilhas e crianças evacuadas dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e está em contínua articulação com a outra UCIN existente no mesmo Centro Hospitalar.

Os enfermeiros estão organizados em cinco equipas com seis elementos cada, totalizando 29 enfermeiros em que dez são EEESIP.

O método de trabalho é por enfermeiro responsável, em que cada enfermeiro é responsável individualmente pelos cuidados ao RN e família. Os registos são realizados em folhas específicas da Unidade durante cada turno e nas horas preconizadas e, posteriormente, são registadas na plataforma BSimple-Patient Care implementada recentemente na Unidade.

2.2.1 Diagnóstico situacional

Durante a primeira semana do estágio observei as rotinas da Unidade, assim como os cuidados prestados aos RN de alto risco internados.

Informalmente conversei com a enfermeira orientadora sobre o meu interesse em manter a temática da Segurança para este ensino clínico, de modo a identificar possíveis necessidades na Unidade para as quais eu pudesse contribuir com atividades e ações.

A UCIN tem uma enfermeira responsável pela Segurança com a qual eu também conversei e que se mostrou disponível para me apresentar os protocolos e as normas em vigor na Unidade no âmbito da Segurança.

Durante as conversas informais, manifestei interesse em contribuir para os ensinamentos na preparação para a alta dos RN/prematuros e pais, abordando a importância da preparação de um ambiente seguro em casa para receber o RN/prematuro no momento da alta.

A Unidade tem um projeto de ensinamentos que utiliza na preparação para a alta, em que individualmente e consoante a necessidade específica do RN e da família, assim são

ajustados os ensinamentos. Decidimos que seria pertinente a realização de uma ação de formação aos pais sobre o ambiente seguro em casa para receber o bebé após a alta, assim como também seria importante o ensino acerca das deslocações seguras em automóvel, devido à necessidade do bebé ser acompanhado em diversas consultas de seguimento após a alta, o que implica várias idas ao hospital. Como complemento à formação, ficou decidida a elaboração de um folheto informativo a ser entregue aos pais, ficando também disponível na Unidade para ser cedido a outros pais durante a preparação para a alta.

2.2.2 Objetivos, atividades e competências adquiridas

Tendo como base o objetivo geral defini dois objetivos específicos para este estágio:

Objetivo específico 1: Prestar cuidados diferenciados de enfermagem ao RN de alto risco e família nas diferentes situações de doença hospitalizados na UCIN.

» Prestação de Cuidados

Para atingir este objetivo realizei como atividades, e sempre sob supervisão da minha enfermeira orientadora:

Prestei cuidados ao RN de alto risco e família de acordo com a especificidade da sua condição de saúde, detetando precocemente situações de risco e atuando em conformidade;

Aprofundei conhecimentos sobre as patologias mais comuns na unidade e sobre os cuidados específicos ao RN de alto risco, realizando pesquisa bibliográfica para sustentar os cuidados e tomei conhecimento das normas e procedimentos específicos da UCIN;

Sempre que possível, incentivei os pais a participar nos cuidados ao RN respeitando a sua adesão ou não à prestação dos cuidados, aproveitando estes momentos para realizar ensinamentos e esclarecer dúvidas sobre cuidados seguros ao RN de alto risco, promovendo desta forma o exercício da parentalidade, maximizando o potencial de desenvolvimento e estado de saúde da criança;

Realizei registos de enfermagem no sistema Bsimple Patient-Care.

Este contexto clínico foi para mim um grande desafio, porque apesar de já ser enfermeira há alguns anos, nunca tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem numa UCIN. Esta experiência proporcionou-me um grande enriquecimento do ponto de vista

peçoal e profissional na medida em que adquiri novos conhecimentos e práticas inerentes à especificidade do RN de alto risco.

Com as atividades que desenvolvi ao longo do estágio considero que adquiri e consolidei as competências específicas E2 “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”, nomeadamente a E2.1 “Reconhece as situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.”, a E2.2 “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.” e a E2.3 “Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.” Considero de igual modo que mobilizei a competência específica E3 “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, principalmente a E3.1 “Promove o crescimento e do desenvolvimento infantil.”, a E3.2 “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais.” e a E3.3 “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.” (Ordem dos Enfermeiros, 2008), na medida em que prestei cuidados de alta complexidade ao RN de alto risco e com patologia complexa sustentados na evidência científica, procurando sempre envolver a família nos cuidados com vista à maximização das suas potencialidades, capacitando-os e respeitando as suas necessidades, vontades e dificuldades, aproveitando todas as oportunidades para realizar ensinamentos e esclarecer as dúvidas dos pais e familiares.

» Reflexão Crítica

Elaborei uma Reflexão Crítica segundo o Ciclo de Gibbs, sobre a ausência/ pouca permanência dos pais durante o internamento do RN na UCIN e dos receios e dificuldades em prestarem cuidados aos mesmos (Apêndice XIV). Este trabalho contribuiu para que refletisse sobre a importância da vinculação entre os pais e o RN num momento de extrema importância para o desenvolvimento do mesmo, e que fica comprometida pelo internamento e problemas de saúde do RN. A parceria de cuidados foi outro tema sobre o qual refleti, assim como a importância da relação que o enfermeiro deve estabelecer com a família e o RN, de modo a facilitar e a promover o seu papel parental e a sua participação nos cuidados ao RN.

A realização desta reflexão despertou em mim um misto de emoções na medida em que, ao deparar-me com a pouca permanência de alguns pais junto aos seus filhos, levou a que questionasse o motivo de tal acontecer. O que eu esperava encontrar eram pais ao lado

dos seus filhos, sempre que possível, alguns com mais esperança na recuperação dos filhos do que outros. Tinha idealizado que iria conseguir estabelecer com eles uma relação de ajuda e apoio de forma a ajudá-los a ultrapassar esta fase complicada das suas vidas. Segundo Bowlby (1988), a vinculação é fundamental que seja estabelecida de forma profunda e duradoura logo no início da nossa existência e, quando tal não é possível, traz alterações significativas no desenvolvimento afetivo ao longo da vida. Se os pais estavam muito tempo ausentes a vinculação ficava comprometida, porque segundo Bowlby (1984), a presença da figura de apego transmite sentimento de segurança que é fortalecedor da relação. Esta reflexão serviu para que mobilizasse mecanismos para conseguir perceber a ausência dos pais e quando estes estavam presentes, incentivar ao máximo a sua aproximação aos filhos. Esta tarefa nem sempre foi fácil, por vezes notava algum receio nos pais em tocarem no filho, muitas vezes com medo pela imaturidade do RN, pelos fios e todos os equipamentos em redor, mas cabe a nós enfermeiros desmistificar e promover a vinculação e o contato entre os pais e os RN de forma que consigam restabelecer a relação que ficou comprometida pelo internamento.

Considero que consegui desenvolver e aprofundar a competência específica E3.2. “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais” (Ordem dos Enfermeiros, 2008), avaliando o desenvolvimento da parentalidade, promovendo o contato físico dos pais com os recém-nascidos, negociando o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao recém-nascido, facilitando a comunicação expressiva das emoções e demonstrando conhecimentos sobre técnicas de comunicação na relação com as famílias.

» **Participação num evento científico**

Particpei como formanda, no I Encontro de UCI Neonatais e Pediátricas do CH “Cuidar da Criança, Jovem e Família em Situação de Grande Complexidade” (Anexo IV), o que me permitiu ter uma visão dos Projetos e Atividades mais recentes das Unidades sendo uma mais-valia na aquisição de novos conhecimentos acerca da temática.

Objetivo específico 2: Sensibilizar os pais para a importância do ambiente seguro em casa e nas deslocações de automóvel, de modo a evitar acidentes.

Para a concretização deste objetivo realizei uma sessão de formação aos pais sobre as condições de segurança que devem ter em casa para receber o RN de alto risco e sobre as deslocações seguras de automóvel, promovendo desta forma a literacia em saúde dos pais.

» **Sessão de formação aos pais**

A sessão foi realizada no dia 07 de novembro de 2022 pelas 14:00 na Sala de Cuidados Intermédios da UCIN. Previamente foram convidados os pais das crianças internadas e foi afixado um Convite aos pais na Sala de Pais (Apêndice XV).

Foi elaborado o Plano da Sessão onde constava o dia, o local e a hora, os conteúdos programáticos abordados, a duração e os recursos utilizados (Apêndice XVI)

A sessão foi elaborada tendo como base as normas europeias de segurança infantil e abordando os principais riscos de acidentes domésticos em casa e nas deslocações seguras de automóvel. Os temas abordados foram a higiene, quarto e sono, alimentação, passeios, brinquedos, cuidados em caso de engasgamento e recomendações dos sistemas de retenção (Apêndice XVII). Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o EEESIP deve procurar “sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os acidentes (domésticos, viação, afogamentos, quedas, asfixia, traumatismos, queimaduras, engasgamento por objetos, ferida acidental, intoxicações e corte) são uma causa importante de morte e incapacidade temporária e permanente em crianças constituindo um grave problema de saúde pública (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Participaram na sessão cinco pais, (um casal e três mães). A sessão foi muito dinâmica na medida em que os pais participaram ativamente nos conteúdos abordados e colocaram várias questões. O feedback por parte dos pais foi positivo assim como a sua avaliação da sessão (Apêndice XVIII)

» **Folheto Informativo**

Como suporte e reforço dos conteúdos abordados na sessão elaborei um folheto informativo sobre as condições de segurança que entreguei aos pais (Apêndice XIX).

Os slides da sessão foram disponibilizados à Unidade e foram entregues também alguns folhetos já impressos para que, no futuro, possam vir a ser utilizados e entregues aos pais durante os ensinamentos na preparação para a alta do RN.

Com estas atividades considero que adquiri a competência específica E1” Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.”, nomeadamente a E1.1 “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem e a E1.1.4 “Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais à crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.” (Ordem dos Enfermeiros, 2008), porque sensibilizei os pais para a importância de um ambiente seguro em casa e nas deslocações de automóvel, procurando ir ao encontro das suas necessidades e dúvidas e deixando um suporte escrito para consultas futuras, se necessário. Na Unidade considero que contribuí para o enriquecimento dos conteúdos disponíveis a serem utilizados na preparação para a alta dos pais.

Considero que consegui concretizar com sucesso os objetivos por mim propostos para este estágio. O feedback por parte da minha enfermeira orientadora foi muito positivo assim como de toda a equipa de enfermagem e dos pais. Integrei-me com facilidade na equipa o que facilitou o meu processo de adaptação. A minha experiência profissional, apesar de nunca ter exercido funções numa UCIN, foi fator facilitador para a prestação de cuidados específicos e complexos ao RN, procurando sempre o meu aperfeiçoamento e enriquecimento profissional.

Deste modo, o EEESIP presta cuidados de nível avançado, com competência e segurança à criança doente, identificando e mobilizando os recursos de suporte necessários à família promovendo o mais elevado estado de saúde possível, independentemente do contexto em que a criança se encontre, valorizando os cuidados centrados na família (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

O estabelecimento de uma comunicação efetiva entre o enfermeiro e a família é fundamental para a prestação de cuidados seguros e com qualidade. A relação de parceria estabelecida, caracterizada por uma articulação em equidade, dinamismo e flexibilidade, procura estabelecer uma relação aberta e colaborante entre a família e o enfermeiro, promovendo a sua autonomia, capacidade de decisão e inclusão nos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

2.3 Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

O estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) decorreu entre os dias 14 de novembro a 16 de dezembro de 2022 numa UCIP de um Hospital na zona de Lisboa.

A Unidade tem a vertente médico-cirúrgica e tem como área de influência os concelhos de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Açores e Madeira sendo acreditada pela *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS). É uma Unidade que integra os Centros de Referência para Doenças Hereditárias do Metabolismo, Epilepsia Refratária e Neurorradiologia de Intervenção na doença Cerebrovascular do Centro Hospitalar onde está inserida. Presta assistência à sala de emergência pediátrica, como apoio de segunda linha, partilhado com a Anestesia. Coordena e participa parcialmente no Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP) da Zona Sul.

A equipa de enfermagem é constituída por 30 enfermeiros distribuídos por seis equipas em que dois são Enfermeiros Especialistas em ESIP, três Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e um Enfermeiro Especialista em Doente Crítico. Dispõe de apoio Médico Especialista em Cuidados Intensivos Pediátricos 24 horas/dia todos os dias do ano. Da equipa de enfermagem, três enfermeiros fazem parte do grupo de formação de reanimação cardiorrespiratória avançada pediátrica do Hospital, colaborando na formação de outros profissionais. A equipa que participa no TIP faz formação transversal a médicos e enfermeiros dentro e fora do Hospital.

O método de trabalho é por enfermeiro responsável, em que cada enfermeiro é responsável individualmente pelos cuidados ao seu doente. Os registos são realizados na plataforma BSimple-Patient Care implementada recentemente na Unidade.

2.3.1 Diagnóstico situacional

Nos estágios anteriores desenvolvi atividades acerca da prevenção e promoção da segurança infantil, nomeadamente na prevenção de acidentes, no ambiente seguro em casa e nas deslocações seguras de automóvel. Tendo por base a temática que escolhi sobre a prevenção e promoção da segurança nos cuidados à criança/jovem e a *Scoping Review* que realizei intitulada “Perceção da família sobre a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada”, conversei com o meu enfermeiro orientador e com o enfermeiro que neste momento está a desempenhar funções de chefia na UCIP manifestando o meu interesse em

abordar este tema na Unidade. Questionei se consideravam pertinente para a Unidade abordar esta temática, realizando entrevistas informais com os pais/familiares das crianças hospitalizadas de modo a identificar e perceber qual a sua percepção da segurança nos cuidados prestados aos seus filhos. A ideia foi bem aceite e considerada como pertinente na prestação de cuidados com segurança na UCIP porque, sendo uma Unidade de Cuidados Intensivos, o estado de saúde das crianças é grave e preocupante o que exige medidas e cuidados de urgência o que pode, por vezes, originar algumas falhas a nível da segurança dos cuidados. Consideraram de extrema importância conhecer a percepção dos pais/familiares sobre a segurança dos cuidados prestados aos filhos, assim como do ambiente da Unidade.

Perante isto, solicitei autorização ao Diretor Clínico da UCIP e à Direção de Enfermagem para realizar as entrevistas informais com os pais/familiares sobre a sua percepção da segurança nos cuidados prestados aos filhos hospitalizados.

2.3.2 Objetivos, atividades e competências adquiridas

Tendo como base o objetivo geral para todos os contextos, defini dois objetivos específicos para este estágio:

Objetivo específico 1: Prestar cuidados diferenciados de enfermagem à criança/jovem e família hospitalizadas na UCIP, nas diferentes situações de doença.

Para alcançar este objetivo, ao longo do estágio desempenhei várias atividades sob supervisão do meu enfermeiro orientador:

Prestei cuidados diferenciados à criança/jovem e sua família de acordo com a especificidade da sua situação de saúde, detetando precocemente situações de risco e agindo em conformidade.

Aprofundei conhecimentos técnicos e científicos sobre situações de grande complexidade de saúde pediátricas, assim como sobre as técnicas/cuidados específicos prestados na unidade, tomando conhecimento de igual modo das suas normas, procedimentos e protocolos específicos. Durante o estágio tive a oportunidade de assistir e participar em técnicas mais invasivas a nível respiratório e circulatório.

Estabeleci relação com os pais e cuidadores, utilizando uma comunicação aberta e eficaz, explicando sempre os procedimentos a serem realizados, envolvendo-os nos cuidados possíveis de realizarem, tentando desta forma promover e consolidar o exercício da sua parentalidade, estabelecendo uma relação de parceria, tendo como objetivo uma prestação

de cuidados seguros e de qualidade. Realizei registros de enfermagem no sistema BSimple Patient-Care.

Com as atividades que desenvolvi ao longo do estágio considero que adquiri e consolidei as competências específicas E2 “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”, nomeadamente a E2.1 “Reconhece as situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.”, assim como a E2.2 “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.” e a E2.3 “Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.” (Ordem dos Enfermeiros, 2008), na medida em que mobilizei e aprofundei conhecimentos científicos específicos de uma Unidade de Cuidados Intensivos em que as situações de doença são muito complexas, exigindo o saber e a atuação imediata e correta perante cada situação. Considero de igual modo que desenvolvi a competência específica E3 “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, principalmente a E3.1 “Promove o crescimento e do desenvolvimento infantil.”, também a E3.3 “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.” e a E3.4 “Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.” (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Estas foram outras competências que tive a oportunidade de desenvolver, porque procurei estabelecer relação de parceria de cuidados com os pais, privilegiando uma comunicação aberta e assertiva, respeitando as necessidades da criança e família, promovendo o crescimento e desenvolvimento infantil, capacitando das suas potencialidades e incentivando à autoestima e participação consciente nos cuidados.

Objetivo específico 2: Identificar a perceção dos familiares acerca da segurança dos cuidados prestados ao seu filho hospitalizado na UCIP

Para a concretização deste objetivo conversei informalmente com os pais e familiares das crianças hospitalizadas na UCIP, explicando a importância da temática da segurança dos cuidados prestados e motivando-os para expressarem as suas perceções e preocupações acerca deste tema.

Elaborei um guião orientador das entrevistas informais aos pais/familiares das crianças hospitalizadas na UCIP, tendo por base a *Scoping Review* que realizei, em que incluí

aspectos e fatores que considere pertinentes para melhor compreender as percepções que pudessem ser transmitidas ao longo da conversa pelos pais /familiares (Apêndice XX).

No período entre 27/11/2022 e 16/12/2022 realizei entrevistas informais a nove pais de sete crianças hospitalizadas na UCIP, dos quais três pais e seis mães com idades compreendidas entre os 26 e os 47 anos e que permaneciam 24 horas junto do filho.

Das sete crianças hospitalizadas, quatro crianças era o primeiro internamento e três crianças já tinham internamentos anteriores, três crianças possuíam patologia crónica e quatro crianças não tinham patologia crónica.

A duração do internamento na UCIP ao momento da entrevista informal: mínimo dois dias e máximo 15 dias.

Agrupei as informações transmitidas pelos pais/familiares em três tópicos:

- Perceção dos pais acerca da segurança dos cuidados prestados aos filhos hospitalizados na UCIP

Todos os pais consideraram seguros os cuidados prestados aos seus filhos e acrescentaram sentir confiança nos profissionais de saúde da Unidade.

A maioria referiu que a comunicação estabelecida entre os profissionais e os pais/criança era eficaz, os profissionais eram simpáticos e atentos, informando sempre sobre todos os procedimentos a realizar, assim como do estado de doença da criança. Sentiam-se incluídos na equipa e que as suas dúvidas e preocupações eram esclarecidas e consideradas. Apenas uma mãe referiu um episódio em que sentiu que a sua opinião e receio não tinha sido respeitado, acabando por originar um episódio de agudização do quadro da criança, sendo necessário procedimentos mais invasivos para a criança.

Consideraram que os enfermeiros estavam sempre presentes, eram competentes e com conhecimentos científicos adequados, apesar de referirem que conseguiam perceber maiores dificuldades nos elementos mais novos na equipa, sendo as mesmas colmatadas pelo espírito de equipa e relação estabelecidas entre todos. Apenas uma mãe fez referência a ter presenciado pequenos conflitos entre certos elementos da equipa. Uma mãe referiu a ocorrência de uma lesão abrasiva na face da criança originada pela pressão da máscara e por não ter sido utilizado material de proteção eficaz.

Referiram que as passagens de turnos eram completas o que se refletia na continuação dos cuidados durante as 24 horas do dia.

Em relação à higiene e controlo de infeção hospitalar enaltecem o cuidado com a lavagem e desinfeção das mãos, a desinfeção do material e a utilização dos equipamentos de proteção individuais.

- Fatores identificados pelos pais que possam contribuir para o cuidado inseguro

Os fatores que foram referidos pelos pais foram a falta de material, o ambiente agitado na Unidade, o rácio inferior dos enfermeiros o que, por vezes, originava a que os cuidados à criança tivessem que ser interrompidos para ajudar noutra situação e a rotatividade no enfermeiro responsável pela criança ao longo do internamento. Outro aspeto mencionado foi em relação à terapêutica e ao modo como é prescrita, ou seja, os pais sentiram que existiam falhas e dificuldades no novo sistema informático utilizado na Unidade, podendo originar o erro.

- Sugestões dos familiares para promover a segurança nos cuidados prestados

Em relação aos profissionais de saúde e à UCIP, os pais sugeriram um maior investimento no seu acolhimento na Unidade e um maior controlo no cumprimento dos cuidados de higiene e controlo de infeção hospitalar por parte dos pais (lavagem das mãos e uso da bata).

Uma mãe referiu que seria útil existir um enfermeiro de prevenção para que quando existissem faltas, as mesmas fossem colmatadas evitando o rácio inferior de enfermeiros naquele turno.

Em relação à Instituição uma mãe referiu que seria importante que as Normas Orientadoras emitidas pela DGS, em relação ao acompanhamento e visitas após a pandemia COVID-19, fossem atualizadas de forma mais célere e que todos os elementos da Unidade fornecessem as mesmas regras.

Um pai referiu que seria benéfico e facilitador se fosse fornecido controlo biométrico de entrada na Unidade aos pais, de modo a evitar tocar à campainha sempre que se ausentassem e não interromper o trabalho dos profissionais.

Uma mãe, cujo filho é acompanhado por diversas especialidades no Hospital, sugeriu que as consultas fossem programadas de forma mais organizada, evitando o aglomerado de crianças na sala de espera e, por consequência, comprometendo a qualidade e segurança da consulta.

Com esta atividade desenvolvi e aprofundi as competências específicas E1.2.8 “Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança, jovem e família.”, assim como a E3.4.1 “Facilita a comunicação expressiva de emoções.” (Ordem dos Enfermeiros, 2008), na medida em que ao solicitar aos pais/familiares que manifestassem as suas perceções sobre a segurança dos cuidados prestados aos filhos, mobilizei os seus conhecimentos sobre segurança e sobre a importância dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde da Unidade, ao mesmo tempo que facilitei a sua expressão de sentimentos e uma comunicação aberta com a equipa.

As conclusões que retiro das perceções transmitidas pelos pais/familiares e do que eu observei durante o estágio é que a UCIP é um ambiente controlado e organizado em que o rácio de enfermeiro/doente é geralmente 1:1 o que é promotor e facilitador da prestação de cuidados mais seguros e com maior qualidade. A maioria dos enfermeiros possui formação adequada e experiência profissional em intensivos. A equipa é na sua maioria unida, com espírito de equipa. A prestação de cuidados baseado no método de enfermeiro responsável promove a qualidade dos cuidados prestados proporcionando confiança, respeito e empatia na relação estabelecida entre a equipa, a criança/jovem e a família. Existem cuidados específicos inerentes a uma UCIP que, devidamente utilizados, minimizam e evitam o cuidado inseguro, nomeadamente a colocação das perfusões seguindo uma ordem definida, a identificação do fármaco na seringa, na máquina e no prolongamento, utilizando para esse fim autocolantes com cores diferentes. Reforço o cuidado com a identificação de todas as crianças/jovens, assim como da utilização correta de equipamentos de proteção individuais e da lavagem das mãos e da assepsia nos procedimentos. Finalizando, considero que existe cuidado com a segurança e a qualidade dos cuidados prestados às crianças hospitalizadas por parte da equipa da UCIP, procurando sempre o seu aperfeiçoamento, atualização e formação constantes.

Considero que consegui alcançar os objetivos por mim propostos para este estágio, terminando com uma sensação de satisfação e agradecimento. Aproveitei todas as oportunidades de aprendizagem que me foram proporcionadas pelo meu enfermeiro orientador e pela equipa de saúde. Sinto que fui bem-recebida por todos e que me integrei com facilidade no serviço, o que simplificou o meu processo de aprendizagem e a aquisição e mobilização das competências específicas do EEESIP.

CONCLUSÃO

O EEESIP tem como principal missão trabalhar em parceria com a criança/jovem e família, em qualquer contexto em que se encontrem, de modo a promover o mais elevado estado de saúde possível. No âmbito da prevenção e promoção da segurança nos cuidados é responsável pela prevenção de acidentes e comportamentos de risco, assim como pela prestação de cuidados com elevada segurança e qualidade. Desempenha um papel de educador para a saúde e literacia, assim como mobiliza e promove as capacidades e saberes das famílias para adoção de comportamentos saudáveis.

Este relatório espelha o percurso percorrido para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Durante o percurso formativo considero que tive momentos e oportunidades de grande crescimento pessoal e profissional que culminou no desenvolvimento de competências essenciais a uma prestação de cuidados de excelência. O apoio da prática baseada na evidência científica, com o contributo da *Scoping Review* e do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender serviram de base para a prestação de cuidados e atividades realizadas.

No estágio de Cuidados de Saúde Primários consegui experienciar uma vertente de enfermagem diferente da qual estou habituada. A atuação do EEESIP na prevenção e promoção da saúde das crianças/jovens e famílias é fundamental para criar alicerces para uma melhor qualidade de vida e de saúde. Consegui realizar as atividades por mim propostas para este estágio, mobilizando os conhecimentos sobre a prevenção dos acidentes na infância e adequando-as às necessidades da USF e das famílias. Torna-se deste modo imperativo o investimento nesta área através de projetos e iniciativas, de forma a incentivar e capacitar as famílias para a adoção de comportamentos saudáveis promotores de segurança.

No contexto da UCIN, prestei cuidados diferenciados ao RN de alto risco e família promovendo a vinculação e a parentalidade através de uma relação de parceria baseada numa comunicação aberta e eficaz e no envolvimento dos cuidados. Fui elemento educador para a saúde na vertente da segurança, nomeadamente do ambiente seguro no domicílio e nas deslocações seguras de automóvel, através das informações e ensinamentos que realizei aos pais.

Na prática clínica desenvolvida na UCIP, prestei cuidados de alta complexidade às crianças/jovens e famílias, adquirindo novas competências e aprofundando os conhecimentos e práticas já adquiridos na minha experiência profissional. Estabeleci com os pais uma relação de parceria e confiança o que me permitiu obter as suas percepções sobre a segurança dos cuidados prestados aos filhos hospitalizados, mobilizando nesse sentido os resultados obtidos na *Scoping review* realizada sobre o mesmo tema.

Tendo em conta a síntese e a análise das atividades realizadas ao longo dos estágios, referidas e descritas no presente relatório, considero ter cumprido os objetivos gerais de aprendizagem que foram definidos, tendo desenvolvido competências de EEESIP, no âmbito da prevenção e promoção da segurança e na prestação de cuidados à criança/jovem e à família, em situações de especial complexidade.

Considero, de igual forma, ter desenvolvido e adquirido competências de mestre, nomeadamente na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados, recorrendo à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos e aprofundando competências na área de gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão.

Relativamente a projetos futuros, pondero dar continuidade à temática da Segurança Infantil, implementando novos projetos na Unidade onde exerço funções de forma a contribuir para a uniformização de práticas. Espero publicar em breve um artigo científico com os resultados da *Scoping review* com a colega que elaborou o estudo comigo.

Fazendo uma reflexão final de todo o percurso realizado ao longo do Mestrado, considero que houve alturas em que não foi fácil, devido muitas vezes a sobrecarga laboral e mesmo emocional, a dificuldades e limitações, mas o enriquecimento profissional e pessoal que adquiri, superou todas as minhas expectativas. A consolidação de conhecimentos e competências técnicas, científicas, éticas e relacionais, bem como a aquisição de inúmeras competências comuns de Enfermeiro Especialista, e competências específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica contribuíram para o aperfeiçoamento do meu Ser e do meu Saber.

No final termino este percurso com a sensação de missão cumprida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aromataris, E. & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- 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.
- 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), 1–10. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337>
- Bowlby, J. (1984). *Apego e perda: separação-angústia e raiva*. Vol. 2. Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-child Attachment and Healthy Human Development*. Basic Books.
- Brás, A., Quitério, M., & Nunes, E. (2020). Nurse's interventions in preventing falls in hospitalized children: scoping review. In *Revista brasileira de enfermagem* 73(s6), 1–8. e20190409. NLM (Medline). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0409>
- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A segurança e qualidade dos cuidados: revisão da literatura. *Revista Servir* 59 (4), 12–16.
- Bruyneel, L., Coecke-Iberghs, E., Buyse, G., Casteels, K., Lommers, B., Vandersmissen, J., van Eldere, J., van Geet, C., & 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.
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. *Scutary Press*.
- Chagas, M., Gomes, G., Pereira, F., Diel, P., & Farias, D. (2017). Significado atribuído pela família ao cuidado da criança hospitalizada. *Avances En Enfermería*, 35(1), 1–12. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.42466>

- Cox, E., Carayon, P., Hansen, K., Rajamanickam, V., Brown, R., Rathouz, P., DuBenske, L., Kelly, M., & Buel, L. (2013). Parent perceptions of children's hospital safety climate. *BMJ Quality and Safety*, 22(8), 664–671.
- Daniels, J., Hunc, K., Cochrane, D., Carr, R., Shaw, N., Taylor, A., Heathcote, S., Brant, R., Lim, J., & Ansermino, J. (2012). Identification by families of pediatric adverse events and near misses overlooked by health care providers. *CMAJ*, 184(1), 29–34. <https://doi.org/10.1503/cmaj.110393>
- Despacho nº 1400-A/2015 do Ministério da Saúde (2015). Diário da República II Série, nº 28. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde (2021). Diário da República II Série, nº 187. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094?ts=1646006400044>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional Sobre a Segurança do Doente – Relatório técnico final*. http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ICPS_Statement_of_Purpose.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Norma nº 010/2013*. www.dgs.pt
- Direção-Geral da saúde. (2016). “Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG”. Norma nº 06/2016 www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Carta da Criança nos cuidados de saúde primários. *Instituto de Apoio à Criança*. www.dgs.pt
- Franco, L., Bonelli, M., Wernet, M., Barbieri, M., & Dupas, G. (2020a). Patient safety: perception of family members of hospitalized children. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), 1–8. e20190525. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0525>
- Franco, L., Bonelli, M., Wernet, M., Barbieri, M., & Dupas, G. (2020b). Patient safety: perception of family members of hospitalized children. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), 1–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0525>
- Françolin, L., Gabriel, C., Bernardes, A., Silva, A., Brito, M., & Machado, J. (2015). Patient safety management from the perspective of nurses. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 49(2), 277–283. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000200013>

- Gonçalves, K., Costa, M., Silva, D., Baggio, M., Corrêa, A., & Manzo, B. (2020). Estratégia lúdica para promoção do engajamento de pais e acompanhantes na segurança do paciente pediátrico. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 41, 1–8. e20190473. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190473>
- Harbaugh, B., Tomlinson, P., & 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. & Barrera, P., (2014). Perspectivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M. & Wilson, D. (Eds.) *Wong. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (9ª ed., 44–48).
- Hoffmann, L. M., Rodrigues, F. A., Biasibetti, C., Peres, M. A., Vaccari, A., & Wegner, W. (2020). Patient safety incidents reported by relatives of hospitalized children. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 41(spe), 1–9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190172>
- Hoffmann, L. M., Wegner, W., Biasibetti, C., Peres, M. A., Gerhardt, L. M., & Breigeiron, M. K. (2019a). Identificação de incidentes de segurança do paciente pelos acompanhantes de crianças hospitalizadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 707–714. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0484>
- Hoffmann, L. M., Wegner, W., Biasibetti, C., Peres, M.A., Gerhardt, L. M., & Breigeiron, M. K. (2019b). Patient safety incidents identified by the caregivers of hospitalized children. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 707–714. <https://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), 1–8. <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>

- Lima, J. C., Silva, A. E., Sousa, M. R., 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 - Enfermeiras UFPE Online*, 11(11), 4700–4708. <https://doi.org/10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201721>
- 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>
- 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., Ferreira, P. L., Lima, R. A., & Mello, D. F. (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, M. G. & Martins, M. M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, serIII*(6), 113-121. <https://doi.org/10.12707/riii1144>
- Moura, L. P., Moura, G. M., Wegner, W., & Hoffmeister, L. V. (2020). Parents as pillars for patient safety in a neonatal unit. *Revista Enfermagem*, 28, 1–6. <https://doi.org/10.12957/REUERJ.2020.48578>
- 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>
- Oliveira, T. G., Diniz, C. G., Carvalho, M. P., Corrêa, A. D., 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), 1–11. e20210504. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0504>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de posição sobre segurança do cliente. Ordem dos Enfermeiros. [Microsoft Word - TomadaPosio_segurancadoente.doc \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. [ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Organização das Nações Unidas (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. <https://www.unicef.org>
- 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/>
- Organização Mundial de Saúde. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: towards Zero Patient Harm in Health care.* [Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 \(who.int\)](#)
- Passos, D., & Santos, W. (2016). O enfermeiro como educador para a prevenção dos principais acidentes ocorridos na primeira infância. In *Revista científica Sena Aires Jul-Dez* 5 (2), 124–135.
- Pender, N., Victor, J., Lopes, M., & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. In *Acta Paul Enferm.* 18(3). 235–275. <https://www.scielo.br/j/ape/a/JSdnpDhFQzg7gmWzzB9Dhzz>
- Peres, M. Á., Wegner, W., Cantarelli-Kantorski, K. J., Gerhardta, L. M., & Magalhães, A. M. (2018). Perception of family members and caregivers regarding patient safety in pediatric inpatient units. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39(e). 1–9 <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017>
- Pinto, J. P.; Ribeiro, C.A.; Pettengill, M. M. & Balieiro, F. G. 2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(I) 132-135.
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II Série (Nº 26 de 6 de fevereiro), 4744-4750.
- Regulamento nº 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento nº 422/2018, de 12 de julho. Diário da República, II série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194.

- Rodrigues, F. A., Wegner, W., Kantorski, K. J., & Pedro, E. N. (2018). Patient safety in a neonatal unit: Concerns and strategies experienced by parents. *Cogitare Enfermagem*, 23(1). 1–9 <https://doi.org/10.5380/ce.v23i1.52166>
- Rosa, R. T., Gehlen, M. H., Ilha, S., Pereira, F., W., Cassola, T., & Backes, D. S. (2015). Segurança do paciente na práxis do cuidado de enfermagem: percepção do enfermeiro. *Ciencia y Enfermeria*, 21(3): 37-47. <https://doi:10.4067/S0717-95532015000300004>
- 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>
- Ruivo, M. (2010). Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, nº 15. 1–38. <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>
- 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). <https://doi.org/10.1111/jspn.12268>
- Silva, A., & Santos, I. (2010). Promoção de Autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: - aplicação de Teoria de Nola Pender. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(4), 745-53 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71416100018>
- Silva, E., Pedrosa, D., Leça, A., & Silva, D. (2016). Percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (Nº 9), 87–96. <https://doi.org/10.12707/riv16007>
- Silva, E., Silva, D., & Duarte, J. (2018). A segurança dos cuidados da criança hospitalizada: percepção dos enfermeiros. In *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 9(1) 67-82. <https://doi.org/10.34628/sary-e-786>
- Silva, T., Wegner, W., & Pedro, E. N. (2012). Safety of pediatric intensive care inpatients: understanding adverse events from the companion’s perspective. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 14(2), 337–344. <https://doi.org/10.5216/ree.v14i2.12977>

- 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). Percepção da família sobre a segurança nos cuidados à criança hospitalizada: protocolo de scoping review. In *OSFhome*. <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>
- The National Patient Safety Foundation. (2015). *Livres de danos: Acelerar a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois de To Err Is Human*. www.npsf.org
- Tomey, A. A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª Edição). Lusociência.
- 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. <https://www.unicef.org>
- Villar, V. C., Duarte, S. C., & Martins, M. (2021). Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. In *Cadernos de Saúde Pública*, 36(12). 1–21. Fundação Oswaldo Cruz. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223019>

- Wegner, W., & Pedro, E. N. (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/Pielegniarstwo Polskie*, 72(2), 129–133. <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.17>

APÊNDICES

APÊNDICE I - Estratégia de pesquisa da *scoping review*

Base de Dados	Estratégia de Pesquisa	Número de estudos
CINAHL (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
MEDLINE (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
SciELO	((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

Scopus	(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
RCAAP	(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
TOTAL		1590

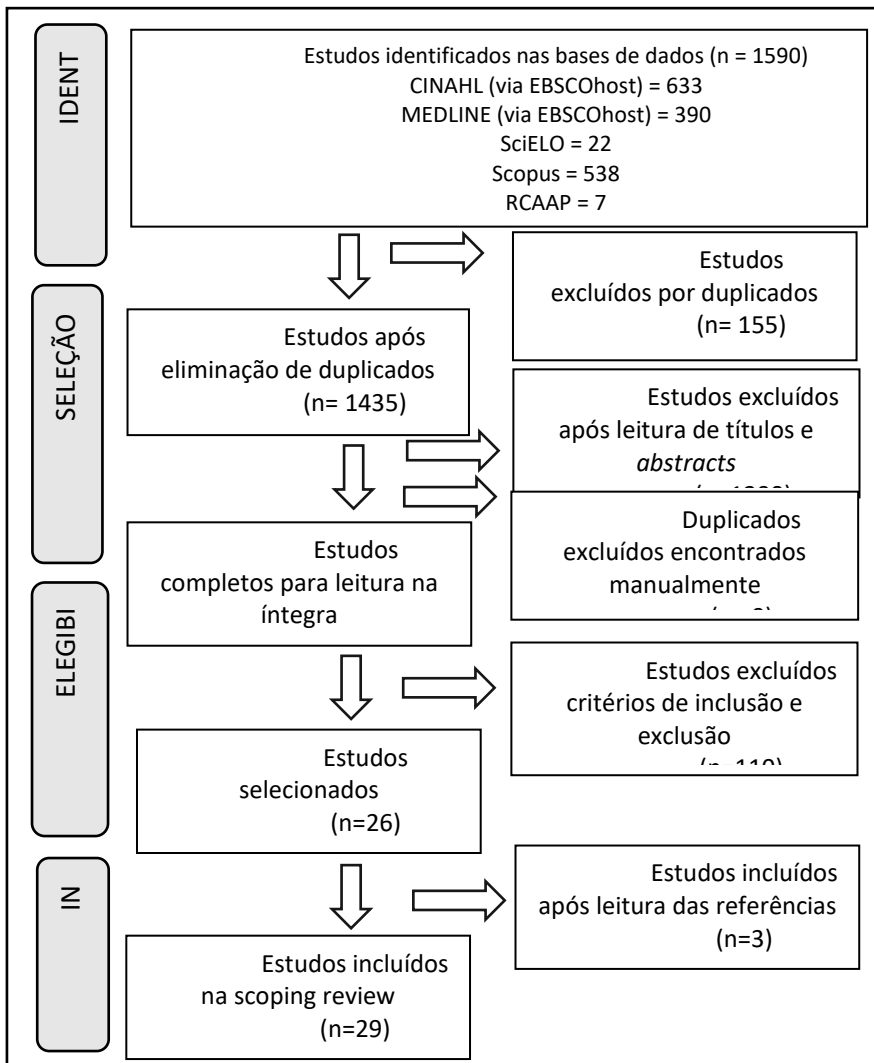
APÊNDICE II - Critérios de exclusão de estudos da *Scoping review*

Razão nº	Razões de exclusão	Nº de estudos
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*

Título da Scoping Review	Perceção da família sobre a segurança nos cuidados à criança hospitalizada
Objetivo	Mapear a evidencia disponível a respeito da perceção da família sobre a segurança dos cuidados à criança hospitalizada.
Questões da Revisão	<p>i) Qual a perceção da família sobre a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada?</p> <p>ii) Quais os incidentes de segurança identificados?</p> <p>iii) Quais os fatores identificados como contribuintes para o cuidado inseguro?</p> <p>iv) Quais as sugestões referidas para promover a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada?</p>
Critérios de Inclusão	<p>População: 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>Conceito: 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>Contexto: 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>
Extração de dados e características dos estudos incluídos	
Autores	
Título	
Ano	
País	
Tipo de estudo	
Participantes	
Contexto	
Objetivos	
Principais resultados	

APÊNDICE IV - Fluxograma PRISMA-ScR do percurso metodológico de seleção, para obtenção dos artigos incluídos na *scoping review*



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

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

Autores Ano País	Tipo de estudo Participantes Contexto	Objetivo	Principais Resultados
(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-descritivo 91 familiares 3 Hospitais de Porto Alegre	Conhecer os principais incidentes de segurança reportados por familiares de pacientes internados em unidades pediátricas.	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 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 UCIP foi identificado como inseguro.
(Bruyneel et al., 2017) Bélgica	Estudo Qualitativo 333 pais Hospitais Universitários de Lauven	Testar o <i>Child</i> HCAHPS (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 consideraram o hospital seguro apesar de identificarem 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 perspectivas 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 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)	Estudo Qualitativo	Determinar a percentagem de	63% dos pais referiram necessidade de vigiar os cuidados hospitalares dos seus filhos para

EUA	278 pais Hospital Pediátrico	pais preocupados com erros médicos e a relação com as interações médicas.	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 de um hospital universitário de Goiás	Conhecer a opinião do acompanhante da criança hospitalizada quanto à qualidade e segurança da assistência de Enfermagem	Pais referiram falhas na identificação do paciente, higienização das mãos, administração de medicamentos, prevenção de quedas e lesões cutâneas. Relataram preocupações com a integridade 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 hospital.	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 equipa 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 Alegre	Descrever os eventos adversos identificados pelo familiar/ cuidador numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos	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 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 perceção 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	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

		hospitalizadas	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 3 unidades de Hospital Infantil Universitário	Compreender as percepções dos pais acerca do ambiente de segurança hospitalar através da ferramenta AHRQ	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 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	Testar uma ferramenta de relato de incidentes por pacientes e	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

	Hospital Pediátrico Great Ormond Street	familiares de modo a sensibilizar a equipa para melhorar a segurança	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.
(Mazor et al., 2010) EUA	Estudo Qualitativo 35 pais Hospital Pediátrico	Explorar as perceções 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, infecções e úlceras por pressão.

APÊNDICE VI - Resumo do poster científico “Percepção da família sobre a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada”



P06

V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

25 de novembro 2022

Escola de Enfermagem (Lisboa) – Instituto de Ciências da Saúde

Universidade Católica Portuguesa

RESUMO - Posters

Título do Poster: Perceção da família sobre a segurança nos cuidados à criança hospitalizada: *scoping review*

Autoria(s):

Maria João Pereira Lopes Correia^(a)

Mariana Serpa Teixeira de Sousa^(a)

Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer^(d)

Zaida Borges Charepe^(d)

Margarida Maria de Sousa Lourenço^(b)

Elisabete Maria Garcia Teles Nunes^(c)

Afiliação do(s) autor(es):

^(a) Enfermeira na Unidade de Infeciologia do Hospital Dona Estefânia; Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

^(b) Professora Auxiliar, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

^(c) Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

^(b) Professora Associada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Outros dados pessoais:

mariajoaolopescorreia@gmail.com

mariana94@hotmail.com

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 perceção, poderá 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).

Objetivo

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

Materiais e Métodos

A revisão de *scoping* foi realizada de acordo com a metodologia Joanna Briggs Institute (2020). A atual revisão pretende responder à seguinte questão: Qual a perceção da família sobre a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada?

A pesquisa foi feita nas 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 “*Pediatric Hospitalization*” OR “*Hospitalized Children*”, nos idiomas português, inglês, espanhol e francês, a partir do ano 1999. 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.

CrITÉRIOS de inclusÃO: PopulaçÃO: Pais/familiares/cuidadores/acompanhantes de crianças hospitalizadas (0-18 anos); Conceito: Segurança dos cuidados; Contexto: Todos os contextos de prestação de cuidados hospitalares à criança.

Para a seleção e análise dos estudos foram utilizados os softwares Zotero (6.0.6/2022) e Rayyan QCRI®. As divergências foram resolvidas através de discussão entre dois revisores, com recurso a dois revisores adicionais. Foi utilizado o diagrama de fluxo PRISMA-ScR.

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; Sobo, 2005; Wegner & Pedro, 2012; Wei et al., 2019).

No entanto foram relatadas preocupações e identificados incidentes de segurança relacionados com: a administração de medicação (24%) (Hoffmann et al., 2019b, 2020; Khan et al., 2016, 2017; Lima et al., 2017; Massa et al., 2019; M. Á. Peres et al., 2018), identificação do paciente, controlo de infeção (14%) (Hoffmann et al., 2019b, 2020; Lima et al., 2017; M. Á. Peres et al., 2018), quedas (14%) (Hoffmann et al., 2019b, 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., 2019b, 2020; M. Á. 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), 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; Sobo et al., 2002; Wegner & Pedro, 2012).

Como fatores promotores de uma maior perceção 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; Tarini 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, Stubblefield & Murray, 1999) e reforçaram a importância de uma comunicação aberta. (Biasibetti 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)

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.

Palavras-chave

família; hospitalização; segurança do paciente; pediatria.

Referências Bibliográficas:

- 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.
- 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), 1–10. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337>
- Cox, E., Carayon, P., Hansen, K., Rajamanickam, V., Brown, R., Rathouz, P., DuBenske, L., Kelly, M., & Buel, L. (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. *CMAJ*, 184(1), 29–34. <https://doi.org/10.1503/cmaj.110393>
- Franco, L. F., Bonelli, M. A., Wernet, M., Barbieri, M. C., & Dupas, G. (2020a). Patient safety: perception of family members of hospitalized children. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), 1–8 e20190525. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0525>
- Franco, L. F., Bonelli, M. A., Wernet, M., Barbieri, M. C., & Dupas, G. (2020b). Patient safety: perception of family members of hospitalized children. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), 1–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0525>
- Hoffmann, L. M., Rodrigues, F. A., Biasibetti, C., Peres, M., Vaccari, A., & Wegner, W. (2020). Patient safety incidents reported by relatives of hospitalized children. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 41(spe), 1–9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190172>
- Hoffmann, L. M., Wegner, W., Biasibetti, C., Peres, M., 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. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-084>

- 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), 1–8. <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>
- 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 - Enfermeiras UFPE Online*, *11*(11), 4700–4708. <https://doi.org/10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201721>
- 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>
- 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.0b013e3181ddfc0>
- 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/>.
- 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*(e). 1–9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017>

- 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(1), 1–9 <https://doi.org/10.5380/ce.v23i1.52166>
- 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/jpnd.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). <https://doi.org/10.1111/jspn.12268>
- Silva, T., Wegner, W., & Pedro, E. (2012). Safety of pediatric intensive care inpatients: understanding adverse events from the companion's perspective. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 14(2), 337–344. <https://doi.org/10.5216/ree.v14i2.12977>
- 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)
- 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>
- 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>

APÊNDICE VII - Póster científico “Percepção da família sobre a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada”



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

Correia, Maria João^a; Sousa, Mariana^a; Berenguer, Sílvia^b; Charepe, Zaida^b; Lourenço, Margarida^b; Nunes, Elisabete^c

Afiliação: ^a Enfermeira na Unidade de Infeciologia do Hospital Dona Estefânia, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; ^b Professora Auxiliar, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; ^c 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 perceção, poderá 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).

MATERIAIS E MÉTODOS

A revisão de *scoping* foi realizada de acordo com a metodologia *Joanna Briggs Institute* (2020).

Questão de revisão: Qual a perceção 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" OR "Pediatric Units" OR "Pediatric Hospitalization" 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 QCR*®. 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.

OBJETIVO

Mapear na evidência científica a perceção 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

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; Sobro, 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; Lima et al., 2017; Massa et al., 2019; Peres et al., 2018), identificação do paciente, controlo de infeção (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) 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; Lechman et al., 2015; Mazor et al., 2010; Peres et al., 2018; Rodrigues et al., 2018; Silva et al., 2012; Sobro et al., 2002; Wegner & Pedro, 2012).
- Como fatores promotores de uma maior perceção 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; Tarini 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; Stubblefield & Murray, 1999) 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)

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos vieram permitir compreender a perceção 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 VIII - Folheto “Prevenção de acidentes no primeiro ano”

Intoxicação

- Medicamentos, tóxicos e produtos de limpeza devem ser colocados em local alto e fechado
- Todos os produtos devem ser mantidos nas embalagens originais, com rótulos de origem

Outros acidentes

- Utilizar tomadas e fichas com alvéolos protegidos, ou colocar protetores de tomadas
- Enrolar fios de candeeiros, ou aparelhos elétricos e escondê-los em locais altos e inacessíveis
- Fixar móveis e estantes à parede
- Colocar travões em gavetas e limitadores de aberturas de armários
- Colocar protetores em esquinas de móveis pontiagudos



Contactos úteis

Número Nacional de Socorro 112
CLAV 800 250 250
SNS24 808 24 24 24
SOS Criança 800 202 651

Referências Bibliográficas: APSI (2010), *Vale a pena crescer em segurança: Evitar os acidentes no primeiro ano de vida* (Copyright APSI) Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) da Direção-Geral de Saúde. Aprovado em 18.12.2019

Elaborado por:
Maria João Correia
Aluna de Mestrado com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica da UCP



PREVENÇÃO DE ACIDENTES 1º ANO

2022

Acidentes rodoviários

- Utilizar a cadeira de retenção (ovo) adequada à idade, em todas as viagens, sempre de costas voltadas para o sentido do trânsito
- Não deve ser usada no lugar frontal com airbag ativo
- O arnês deve estar sempre apertado, regulado à altura do ombro ou ligeiramente abaixo com folga de apenas 1 dedo
- Utilizar redutores adequados ao bebé
- O ovo deve ser usado apenas para o transporte, o bebé não deve dormir longos períodos nele
- Existem espelhos que podem ser colocados no encosto da cabeça que permitem visualizar da criança

Afogamento

- O bebé não deve ser deixado sozinho no banho, as cadeiras de banho são perigosas
- Ter cuidado com baldes, tanques de lavar a roupa, banheiras e piscinas sem proteção

Berço

- Escolha um berço que obedeça às normas de segurança europeias. Este deve ser estável e sólido com um colchão firme e adaptado ao tamanho do berço. As grades devem ter no mínimo 60 cm de altura e qualquer abertura deve ser inferior a 6 cm.

Quedas

- Nunca deixar o bebé sozinho na cama, no sofá ou no muda-fralda; apertar sempre o arnês do ovo ou da espreguiçadeira e manter as grades da cama elevadas
- Supervisionar quando os irmãos pegam ao colo
- A cadeira de comer deve ser estável e adequada ao peso do bebé
- Não utilizar andarilhos
- Utilizar cancelas adequadas em caso de escadas ou degraus



Asfíxia

- A roupa da cama deve ficar à altura das axilas
- Não colocar almofadas, brinquedos, laços, fitas, colares ou fios no bebé quando estiver a dormir
- O bebé deve ser deitado de barriga para cima com ligeira lateralização da cabeça

- Evitar brinquedos de pequenas dimensões
- Retirar balões vazios e sacos plásticos do alcance da criança

Queimaduras

- Preparar a água do banho: primeiro água fria e só depois a quente, e verificar sempre a temperatura da água antes de mergulhar o bebé
- Verificar sempre a temperatura do leite e dos alimentos antes de dar ao bebé
- Não transportar ou ingerir bebidas quentes com a criança ao colo
- Quando a criança se começar a sentar ou gatinhar não colocar aquecedores no caminho, colocar protetores de lareira e ter cuidado com as portas do forno

APÊNDICE IX - Folheto “Prevenção de acidentes do 1 aos 3 anos”

Queimaduras

- Preparar a água do banho: primeiro água fria e só depois a quente, e verificar sempre a temperatura da água antes de mergulhar o bebé
- Verificar sempre a temperatura do leite e dos alimentos antes de dar ao bebé
- Não transportar ou ingerir bebidas quentes com a criança ao colo
- Quando a criança começar a andar não colocar aquecedores no caminho, colocar protetores de lareira e ter cuidado com portas do forno
- Vire as pegas das frigideiras/tachos para a parte de dentro do fogão e não deixe o ferro de engomar ao alcance da criança



Contactos úteis

Número Nacional de Socorro 112

ClAV 800 250 250

SNS24 808 24 24 24

SOS Criança 800 202 651

Referências Bibliográficas: APSI (2010), *Vale a pena crescer em segurança: Evitar os acidentes do 1 aos 3 anos* (Copyright APSI)
Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) da Direção-Geral de Saúde. Aprovado em 18.12.2019

Elaborado por:
Maria João Correia
Aluna de Mestrado com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica da UCP



PREVENÇÃO DE ACIDENTES I AOS 3 ANOS

2022

Acidentes rodoviários

- Utilizar a cadeia de retenção, adequada à idade, em todas as viagens sempre de costas voltadas para o sentido do trânsito
- Se tiver mesmo de usar uma cadeira virada para a frente só a partir dos 18 meses
- Se andar de bicicleta com a criança deve transportá-la numa cadeira apropriada e ambos devem usar capacete
- No parque infantil ensine a criança a não passar junto a um baloiço em andamento

Intoxicação

- Mantenha fora do alcance da criança todos os produtos de limpeza, medicamentos, pesticidas e insecticidas

Quedas

- Nunca deixar o bebé sozinho no berço, na cama, sofá ou no muda-fralda
- Quando fizer a transição para a cama use barras de proteção
- Quando a criança começar a subir para cadeiras e sofás ensine-a a descer de barriga para baixo e de pés
- A cadeira de comer deve ser estável, e junto de uma parede, se a cadeira for de encaixar, deve ficar bem fixa numa mesa estável e sem tampo de vidro
- Não utilizar andarilhos
- Se existirem escadas em casa, coloque cancelas com grades verticais no topo e na base
- Coloque um tapete anti-derrapante na banheira para a criança não escorregar
- Proteja as janelas de modo que só possa abrir aproximadamente 10 cm

Asfixia/Afogamento

- Nunca deixe uma criança sozinha na banheira, perto de piscina, tanque, rio ou mar, nem ao cuidado de outras crianças (use braçadeiras)
- As crianças pequenas engasgam-se facilmente com certos alimentos pelo que evite dar frutos secos, rebuçados, alimentos com caroço
- Evitar brinquedos de pequenas dimensões

Outros acidentes

- Utilizar tomadas e fichas com alvéolos protegidos, ou colocar protetores de tomadas
- Fixar móveis e estantes à parede
- Colocar travões em gavetas e limitadores de aberturas de armários
- Colocar protetores em esquinas de móveis pontiagudos

APÊNDICE X- Folheto “Prevenção de acidentes a partir dos 6 anos”

Quedas

- Coloque um tapete anti-derrapante na banheira para a criança não escorregar
- Escolha uma cama baixa e em caso de beliche deve ser o mais velho a dormir na cama de cima
- Nestas idades as crianças andam sempre a correr e saltar, pelo que precisam de espaço livre, tenha atenção à fixação e disposição dos móveis
- Os brinquedos devem ser arrumados ao alcance da criança e evitar caixas muito pesadas
- Tenha especial atenção aos acidentes se tiver jardim, quintal ou terraço (as crianças gostam de trepar e correr)



Contactos úteis

Número Nacional de Socorro 112

CIAV 800 250 250

SNS24 808 24 24 24

SOS Criança 800 202 651

Referências Bibliográficas: APSI (2010). *Vale a pena crescer em segurança: Evitar os acidentes dos 4 aos 6 anos* (Copyright APSI)
Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) da Direção-Geral de Saúde. Aprovado em 18.12.2019

Elaborado por:
Maria João Correia
Aluna de Mestrado com Especialização em Saúde Infantil e
Pediátrica da UCP

Prevenção de Acidentes a partir dos 6 anos

2022

Acidentes rodoviários

- A partir dos 6 anos e até ter 1,35cm, a criança deve usar um banco elevatório (o cinto deve ser colocado sobre o ombro e sobre os ossos da bacia)
- A criança deve continuar a ser transportada no banco de trás do automóvel
- Quando praticar desportos (bicicleta, patins, skate...) a criança deve utilizar sempre equipamento de proteção (capacete)
- Ensine a criança a atravessar em segurança a estrada na passeira



Outros acidentes

- Saiba sempre onde e com quem está a criança
- Ensine a criança a identificar situações perigosas e a adaptar um comportamento seguro em caso de necessidade
- Mantenha fora do alcance da criança ferramentas, instrumentos cortantes ou perfurantes. Em caso de demonstrar interesse, oferecer uma caixa de ferramentas adequada à idade
- Se em sua casa existir armas de pressão ou caça, lembre-se que devem estar descarregadas e fora do alcance das crianças

Intoxicação

- Continue a ter atenção aos medicamentos e produtos tóxicos e mantenha os produtos de higiene nas embalagens originais

Afogamento

- Não deixe a criança sozinha no mar, na piscina, no rio ou tanque (se necessário continue a utilizar as braçadeiras/colete)

Queimaduras

- Evite brincadeiras na cozinha
- Se a criança manifestar interesse em colaborar na confeção dos alimentos, tenha atenção ao lume e aos objetos cortantes, mantenha sempre a sua supervisão

APÊNDICE XI - KIT “CAIXA-SEGURA”

Fotografias ilustrativas dos equipamentos que constam no Kit para ser utilizado nas consultas de SIJ.



APÊNDICE XII - Capítulo: Visita domiciliar de enfermagem ao recém-nascido e família

Manual de procedimento sobre Visita Domiciliária

Capítulo:

- Visita domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e família

1. OBJECTIVOS

Geral

- » Uniformizar a metodologia de atendimento nas visitas domiciliárias ao Recém-nascido e família inscritos na USF.

Específicos

- » Promover a autonomia da família no cuidado ao RN;
- » Realizar a colheita para o rastreio de doenças metabólicas (teste do pezinho/diagnóstico precoce);
- » Promover o aleitamento materno;
- » Promover a relação de ajuda/confiança entre a enfermeira de família e os familiares do RN;
- » Definir estratégias de intervenção com a família para ultrapassar as dificuldades sentidas pela mesma e/ou identificadas pelo enfermeiro;
- » Promover a formação/responsabilização dos pais na prestação dos cuidados de saúde ao RN;
- » Garantir o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação;
- » Melhorar a acessibilidade ao Programa de Saúde Infantil e Juvenil;
- » Detetar e encaminhar precocemente situações que possam contribuir negativamente para o desenvolvimento do RN;
- » Identificar fatores ambientais de risco para o RN e família e em conjunto definir estratégias de melhoria.

2. ÂMBITO

Esta instrução de trabalho destina-se a todos os profissionais de saúde que realizem a visita domiciliária ao recém-nascido e família na USF.

3. DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E REFERÊNCIAS

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN - Recém-nascido

USF - Unidade de Saúde Familiar

VD - Visita domiciliária

VDRN - Visita domiciliária ao recém-nascido

4. DESCRIÇÃO

A Visita domiciliária ao recém-nascido (VDRN), enquanto estratégia de intervenção para garantir a continuidade dos cuidados ao recém-nascido (RN) e família, é apoiada pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e deve ser realizada até ao 15º dia de vida do RN.

É uma estratégia de intervenção de enfermagem que permite a aplicação do processo de enfermagem, constituindo um modelo de intervenção específico, adaptado às necessidades identificadas. Requer um planeamento cuidadoso e sistemático de forma a atingir satisfatoriamente os objetivos e metas definidos, indicando uma prática de cuidados eficazes e eficientes.

A sua implementação após a alta é fundamental na garantia de uma transição segura entre o ambiente hospitalar e o domicílio, já que os pais se deparam com uma nova responsabilidade e necessitam de apoio biopsicossocial no meio em que se desenvolve a sua vida quotidiana. Os enfermeiros estão aptos para avaliar a criança e o ambiente familiar, responder a dúvidas e questões, orientar e, se for necessário, encaminhar para os recursos da comunidade, proporcionando melhoria na qualidade dos cuidados prestados e garantindo a continuidade dos mesmos.

5. UTILIZADORES

Recém-nascidos e famílias inscritos na USF.

6. REGULAMENTAÇÃO

O presente Manual de Procedimentos, foi elaborado de acordo com a Norma 013/2013 da Direção-Geral de Saúde, onde consta o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), em vigor desde 1 de junho de 2013.

7. ESTRATÉGIA DE DIVULGAÇÃO

Informar todas as grávidas seguidas em consultas da USF.

8. ESTRATEGIAS DE ACESSIBILIDADE

Receção de notícia de nascimento via e-mail do hospital, pelo enfermeiro de família:

- » Por parte da família: notifica o seu enfermeiro de família via email ou por contacto telefónico sobre o nascimento do RN até 2/3 dias após o nascimento;
- » Contacto efetuado pelo enfermeiro de família: quando a família não entra em contacto dentro do prazo previsto.

9. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

FASE I

Iniciação

- » Reunir os dados dos RN nascidos e as respetivas altas da área de abrangência da USF, pelo enfermeiro de família;
- » Identificar as necessidades da família;
- » Recolher o contacto telefónico da família.

Fase II

Intervenção pré-visita

» Contatar a família, após a alta hospitalar, estabelecendo um clima de confiança de forma a promover e a facilitar a adesão à Visita Domiciliária:

- Identificar-se;
- Rever os registos e validar a informação com a família,
- Agendar a VD;
- Elaborar o plano de cuidados inicial, em parceria com a família, de acordo com as necessidades identificadas por esta e pelo enfermeiro, estabelecendo os objetivos;
- Confirmar a morada;
- Planear a visita e preparar a mala com o material necessário.

FASE III

Domicílio

» Reapresentar-se e mostrar a identificação:

- Relembrar objetivos da VD e tipo de apoio disponível;
- Proporcionar à família oportunidade para expressar as suas expectativas em relação à VD;
- Estabelecer uma comunicação eficaz e uma relação de empatia com a família;
- Implementar o processo de enfermagem onde a colheita de dados, a avaliação da situação e as intervenções a aplicar, são contínuas.

Entrevista para a recolha de dados

» História da gravidez

- Vigilância
- Tempo de gestação
- Complicações (risco e tipo de risco)
- Preparação para o nascimento
- Parto (tipo e local)

» Situação sociofamiliar

- Agregado familiar
- Tipo de Habitação

- Hábitos (álcool, tabaco, drogas)
- Percepção da situação económica
- Adaptação emocional dos membros individuais da família
- Observar a interação da família com o RN
- Observar o relacionamento entre os elementos da família
- Determinar a adequação do sistema de apoio (ajuda nas tarefas domésticas, auxílio para cuidar do RN e/ou outras crianças)
- Observar o ambiente doméstico quanto à existência de riscos para a segurança:
 - ∞ Berço ou alfofa onde o RN dorme
 - ∞ Muda-fraldas
 - ∞ Banheira onde são prestados os cuidados de higiene ao RN
 - ∞ Ovo e cadeira de retenção
 - ∞ Vestuário
 - ∞ Brinquedos

Avaliação física da puérpera

- Aspeto geral
- Mucosas e pele
- Mamas (consistência, amamentação e estado dos mamilos)
- Lóquios (cor, quantidade e cheiro)
- Observação da sutura ou episiotomia
- Eliminação vesical e intestinal
- Membros inferiores (edema, varizes)

Avaliação psicológica da puérpera

- Estado psicológico (tranquila, ansiedade, labilidade emocional)
- Observar a vinculação com o RN
- Encaminhar se necessário para o médico de família/psicóloga

Observação da mamada

- Posicionamento
- Sinais de boa pega

- Sinais de mamada adequada
- Frequência mamada
- Duração mamada

Avaliação física do RN

- Monitorização de peso, perímetro cefálico e estatura do RN
- Verificar a vacinação e planear as próximas vacinas
- Verificar o Rastreio auditivo
- Primeira avaliação global:
 - ∞ Cabeça (fontanela)
 - ∞ Pele (cor e lesões da pele), estado de hidratação/descamação
 - ∞ Tórax (ingurgitamento mamário)
 - ∞ Abdómem (palpação, coto umbilical, hérnias)
 - ∞ Membros superiores e inferiores (assimetria, tónus, manobra de Ortolani)
 - ∞ Genitais,
 - ∞ Avaliação neurológica (observar a atitude, reatividade, choro, tónus muscular, movimentos e reflexos do RN)
- Esclarecimento sobre o objetivo do teste de diagnóstico precoce assim como explicar os procedimentos
- Realizar o Teste de diagnóstico precoce (preencher corretamente a ficha com todos os dados solicitados)

Durante a VD, é fundamental promover alguns aspetos tais como:

- » O aleitamento materno como melhor alimento para a saúde do RN;
- » O papel parental: partilha de cuidados por ambos os pais, vantagens do ambiente seguro e organizado, importância do toque como contacto físico, da voz, das carícias, do brincar e dos diferentes estímulos. Falar também das visitas, passeios e da relação com os irmãos, se estes existirem;
- » O aumento de conhecimento dos pais nas áreas:
 - Aleitamento materno/ Técnica de eructação,
 - Vitamina D;
 - Hábitos de higiene,

- Posição ao deitar,
- Hábitos de sono/repouso
- Hábitos intestinais e cólicas,
- Desenvolvimento infantil,
- Acidentes e segurança,
- Temperatura normal e febre,
- Sinais e sintomas de alerta,
- Reações às vacinas.

» Prevenção e tratamento de complicações mamárias durante a lactação;

» Motivar para a consulta de revisão de puerpério (abordagem sobre o contraceptivo de eleição);

» A adesão à vacinação;

» Escrever no Boletim Individual de Saúde o nome da enfermeira de família e os seus contactos (e-mail e telefone) para futuros contactos e esclarecimentos, incentivar o contacto sempre que existirem dúvidas ou alteração de marcações;

» Fornecer o contacto do SNS 24 (808 24 24 24) e explicar a sua importância,

» Explicar quais os sintomas e sinais de alerta para recorrer ao Serviço de Urgência.

FASE IV

Términos

» Em conjunto com a família resumir as atividades e os principais pontos da visita;

» Rever o plano de ensino e fornecer suporte escrito (folheto cuidados dos 0 aos 5 meses e folheto da Prevenção de Acidentes no primeiro ano de vida);

» Avaliar as necessidades e dificuldades da família,

» Programar nova visita se necessário.

FASE V

Pós Visita

» Efetuar os registos no SClínico:

- Avaliação Inicial,

- Levantamento dos focos e intervenções de enfermagem,

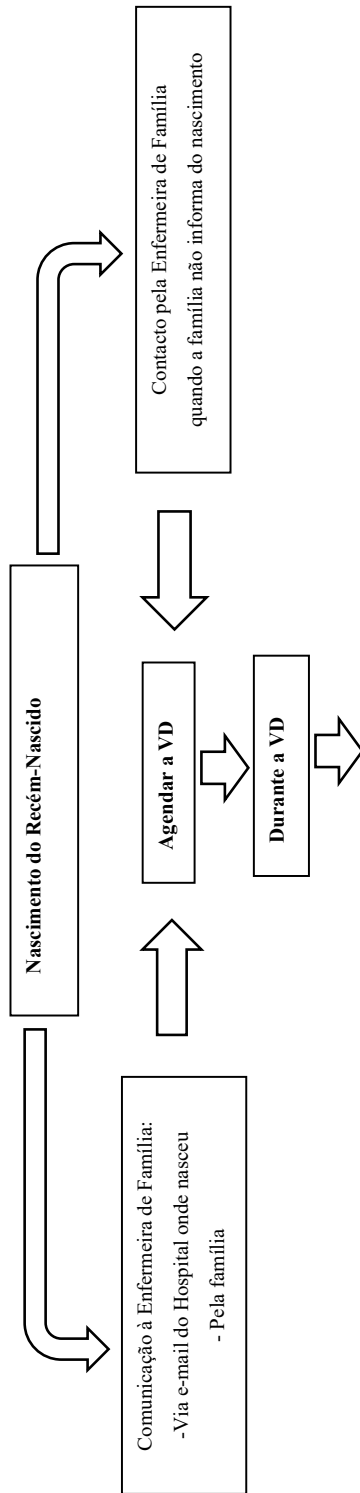
- Registo das intervenções realizadas,

» Marcar a primeira consulta médica e comunicar à família.

10. MATERIAL NECESSÁRIO PARA A VD

- » Pasta com documentos: Folheto do Programa Nacional de Rastreio Neonatal, ficha de colheita para rastreio de doenças metabólicas e envelope com taxa paga (folheto cuidados dos 0 aos 5 meses e folheto da Prevenção de acidentes no primeiro ano de vida) e Guião de Apoio à Visita Domiciliária;
- » Balança, craveira, fita métrica, compressas esterilizadas, lanceta, álcool 70°, penso rápido, contentor para cortantes, luvas.

Fluxograma da Visita Domiciliária



<p>Situação Sociofamiliar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elementos do agregado familiar - <u>Saneamento Básico*</u> - Desemprego - <u>Hábitos*</u>: <u>Álcool</u>, <u>Tabaco</u>, <u>Drogas</u> - Rede de Apoio - <u>Adaptação emocional*</u> - <u>Equipamentos adequados (riscos para a segurança)*</u>: - Berço ou alcofa - Muda-fraldas - Banheira - Ovo e cadeira de retenção - Vestuário - Brinquedos
--

<p>Puérpera</p> <p><u>História da gravidez:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilância - Riscos e complicações - Tempo de gestação - Preparação para o nascimento - Tipo de parto <p><u>Avaliação física da puérpera:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspeto geral - Mucosas/pele - Mamas - <u>Lóquios*</u> - Sutura/ episiotomia - Eliminação vesical - Eliminação intestinal - Membros inferiores

<p>Recém-nascido</p> <p><u>Avaliação física do RN:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Peso, comprimento, perímetro cefálico* - Vacinas - <u>Rastreio Auditivo*</u> <p><u>Primeira avaliação global:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cabeça: - <u>Deformações*</u> - <u>Fontanela*</u> - Pele: - <u>Icterícia*</u> - Exantemas - Hidratação - Tórax: - <u>Ingurgitamento mamário</u>



Referenciar ao Médico Assistente se alterações nos itens sinalizados

Avaliação psicológica da puérpera:

- Estado psicológico*:
- Tranquila
- Ansiosa
- Labilidade emocional
- Vinculação com o RN*

Observação da mamada:

- Posicionamento Correto
- Sinais de boa pega
- Sinais de mamada adequada
- Frequência mamada
- Duração mamada



Após a VD



Efetuar os registos no SClinico:

- Avaliação Inicial
- Levantamento dos focos e intervenções de enfermagem
- Registo das intervenções realizadas
- Marcar a primeira consulta médica e comunicar à família

- Abdómen:
 - Mole/depressível
 - Tenso
 - Hérnias
 - Coto umbilical
- Membros:
 - Assimetria*
 - Tónus Muscular*
 - Manobra de Ortolani*
- Genitais:
 - Testículos
 - Corrimento
 - Ânus imperfurado*
- Avaliação neurológica:
 - Reativo*
 - Choro vigoroso*
 - Reflexos*



Referenciar ao Médico Assistente se alterações nos itens sinalizados

Referenciar ao Médico Assistente se alterações nos itens sinalizados

APÊNDICE XIII - Guião de apoio à visita domiciliária do RN e família

Guião de Apoio à Visita Domiciliária

Nome do Recém-nascido: _____

Nome da Mãe e do Pai: _____

Morada: _____

Contacto telefónico: _____

Data da Visita Domiciliária: _____

Observações: _____

Nota: Na presença de (*) durante a avaliação na visita domiciliária de enfermagem referenciar ao Médico de Família.

Situação Sociofamiliar	Puerpera	Recém-nascido
- Elementos do agregado familiar: _____ - Saneamento Básico: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<u>História da gravidez:</u> - Vigilância: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Risco: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Tempo de gestação: _____ - Preparação para o nascimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Parto: Eutócico <input type="checkbox"/> Cesariana <input type="checkbox"/> Ventosa <input type="checkbox"/>	<u>Avaliação física do RN:</u> - Peso: _____ - Estatura: _____ - Perímetro cefálico: _____ - Vacinas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Rastreo auditivo*: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
- Desemprego: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quem: _____ - Hábitos*: Álcool <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/>	<u>Avaliação física da puerpera:</u> - Aspecto geral: Bom <input type="checkbox"/> Mau <input type="checkbox"/> - Mucosas/pele: - Coradas/Hidratadas <input type="checkbox"/> - Descoradas/Desidratadas <input type="checkbox"/> - Mamas: - Moles <input type="checkbox"/> - Tensas <input type="checkbox"/> - Encaroçadas <input type="checkbox"/> - Mamilos íntegros <input type="checkbox"/> - Mamilos gretados <input type="checkbox"/> - Lóquios*: - Quantidade: Abundante <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Reduzida <input type="checkbox"/> - Cheiro: Suis generis <input type="checkbox"/> Fétido <input type="checkbox"/> - Cor _____ - Sutura/ episiotomia: - Sinais inflamatórios: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<u>Primeira avaliação global:</u> - Cabeça: - Deformações*: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Fontanela*: Normal <input type="checkbox"/> Deprimida <input type="checkbox"/> Abaulada <input type="checkbox"/> - Pele: - Icterícia* Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Exantema Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Hidratada Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Descamativa Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Tórax: - Ingurgitamento mamário Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Abdômem: - Mole/depressível Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Tenso Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Hérnias Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Coto umbilical Sinais inflamatórios* Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quais: _____
- Rede de Apoio: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quem: _____ - Boa adaptação emocional*: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
- Equipamentos adequados (riscos para a segurança*): - Berço ou alcofa: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Muda-fraldas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Banheira: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Ovo e cadeira de retenção: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Vestuário: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Brinquedos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

	<p>- Eliminação vesical: Mantida <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/></p> <p>- Eliminação intestinal: Mantida <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/></p> <p>- Membros inferiores:</p> <p>- Edemas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>- Varizes: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Avaliação psicológica da puérpera:</p> <p>- Estado psicológico*:</p> <p>- Tranquila <input type="checkbox"/></p> <p>- Ansiosa <input type="checkbox"/></p> <p>- Labilidade emocional <input type="checkbox"/></p> <p>- Vinculação com o RN*: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Observação da mamada:</p> <p>- Posicionamento Correto: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>- Sinais de boa pega: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>- Sinais de mamada adequada: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>- Frequência mamada: _____</p> <p>- Duração mamada: _____</p>	<p>- Membros:</p> <p>- Assimetria* Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>- Tônus Muscular* Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>- Manobra de Otolani* Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>- Genitais:</p> <p>- Testículos Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>- Corrimento Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>- Ânus imperfurado* Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>- Avaliação neurológica:</p> <p>- Reativo* Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>- Choro vigoroso* Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>- Reflexos* Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>
--	--	---

Elaborado por: Maria João Correia

Aluna de Mestrado e Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica da UCP

APÊNDICE XIV - Reflexão crítica UCIN



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio e Relatório Final

Reflexão Crítica

Discente:

Maria João Pereira Lopes Correia nº 192021085

Novembro, 2022

Índice

1. INTRODUÇÃO	5
2. REFLEXÃO CRÍTICA.....	6
2.1 Descrição	6
2.2 Pensamentos e sentimentos	6
2.3 Avaliação	7
2.4 Análise	8
2.5 Conclusão	11
2.6 Planeamento da ação	12
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	13
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

1.INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório Final, inserida no Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no Ensino Clínico de Neonatologia uma das atividades que planeei foi a elaboração de uma reflexão crítica.

Esta reflexão crítica foi realizada segundo o Ciclo de Gibbs, baseada numa situação/experiência vivenciada durante o estágio e mobilizando as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

O Ciclo de Gibbs envolve seis etapas: a descrição do acontecimento, os sentimentos, a avaliação, a análise, a conclusão e o planeamento da ação (Gibbs, 2013).

A minha reflexão baseia-se na preocupação e na constatação da ausência/ pouca permanência dos pais durante o internamento do seu filho na Unidade de Neonatologia e dos receios e dificuldades em prestarem cuidados aos mesmos.

A escolha desta situação deveu-se ao facto de, ao longo da minha experiência profissional, os pais serem uma presença constante durante o internamento dos seus filhos e participantes nos seus cuidados e neste estágio experienciei o contrário, situação que me influenciou e me levou a refletir sobre esta problemática.

2. REFLEXÃO CRÍTICA

2.1 Descrição do evento

A situação pelo qual vou desenvolver a minha reflexão crítica está relacionada com a presença dos pais por curtos períodos ou mesmo a sua ausência junto aos seus filhos na Unidade de Neonatologia onde realizei o meu estágio.

Nos primeiros turnos que realizei comecei a notar a falta da presença dos pais na área dos cuidados intensivos. Quando vinham visitar os recém-nascidos ficavam por curtos períodos e notei de igual modo que, mesmo telefonicamente, o contato era pouco com a Unidade para saberem informações dos seus filhos.

Nos momentos de acompanhamento os pais demonstravam algum receio em tocar e pegar no recém-nascido e participar nos cuidados, por vezes pareciam um pouco assustados com o ambiente em redor.

Durante o restante estágio verifiquei que apenas duas famílias estavam presentes diariamente com os seus filhos. Alguns pais, mesmo combinando de véspera que estariam presentes nos cuidados de higiene, faltavam.

Na passagem de turno a presença dos pais, o contato telefónico com a Unidade e a adesão à participação nos cuidados ao recém-nascido eram uma das preocupações manifestadas por parte da equipa de enfermagem. Verifiquei que existia articulação com a Assistente Social quando os pais residiram longe do hospital e grande parte estava instalada na Casa Ronald McDonald Lisboa.

Na maioria das situações, quando os recém-nascidos foram transferidos para a área dos cuidados intermédios, notei que alguns pais já permaneciam mais algum tempo junto dos bebés, assim como participavam mais nos cuidados aos seus filhos.

2.2. Pensamentos e sentimentos

O compromisso do acompanhamento parental durante o internamento dos recém-nascidos internados na Unidade de Neonatologia despertou em mim sentimentos negativos, porque idealizava uma Unidade onde os pais acompanhavam diariamente os seus filhos acabados de nascer (na sua maioria antes do tempo) e participavam nos seus cuidados.

No serviço onde desempenho as minhas funções os pais estão sempre presentes durante o internamento e participam ativamente nos cuidados aos seus filhos, facilitando a adaptação e aceitação da criança ao internamento e procedimentos, tornando o mesmo o menos traumático possível.

Quando neste serviço me deparei com a ausência ou curta permanência dos pais e receios em tocar no bebé e participar nos cuidados, levou a que refletisse sobre o que poderia influenciar este desvio ao comportamento que eu pensava ir encontrar.

Aos pais dos bebés que prestei cuidados procurei sempre incentivá-los a tocar no seu filho, a acalmá-lo, a dar carinho, de modo a sentir a sua presença. Procurei perceber quais os motivos para não estarem presentes mais tempo e sempre que identificada alguma necessidade os pais foram encaminhados para apoio da Assistente Social e Psicóloga.

Alguns pais referiam dificuldades monetárias para a deslocação diária para o hospital, outros tinham mais filhos em casa e por vezes não dispunham de recursos familiares para auxiliar.

Por outro lado, existiam outros pais que não demonstravam nem referiam dificuldades monetárias e a sua presença era muito fugaz e distante, tornando-se um desafio no estabelecimento de uma comunicação eficaz e no tipo de relação construída com os mesmos.

2.3. Avaliação

Esta situação fez-me perceber que existem diversos fatores e condicionantes que podem levar à adoção de certas atitudes e comportamentos por parte dos pais.

Durante a gravidez os pais idealizaram um bebé perfeito e com saúde. Quando, subitamente o bebé nasce prematuramente ou com algum problema de saúde grave, tudo aquilo com que sonharam desvanece. Alguns pais conseguem arranjar mecanismos para se adaptarem a esta nova situação, mas outros pais têm mais dificuldade e por vezes receios em demonstrá-lo.

O aspeto positivo que retiro desta situação é o meu papel fundamental como enfermeira e como elemento facilitador e potenciador de comportamentos de motivação e adaptação a novas etapas da vida. De acordo com Meleis (2010), os enfermeiros são os

principais agentes facilitadores dos clientes e famílias que experienciam transições, intervindo sobre as mudanças e exigências que se refletem no cotidiano das mesmas.

Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros, no artigo 110º, o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: “Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O aspeto negativo é o compromisso do processo de vinculação pais-filhos tão importante nesta fase de nascimento de um bebé. De acordo com Bowlby (1988), a vinculação é uma relação emocional profunda e duradoura que liga uma pessoa a outra no tempo e no espaço. Quando nascemos somos dependentes dos adultos, não só para satisfazer as nossas necessidades básicas, como comer e beber, mas também porque precisamos de afetos e de atenção. Sem esses requisitos não nos desenvolvemos adequadamente, e posteriormente teremos muitas dificuldades nos relacionamentos interpessoais. Clique ou toque aqui para introduzir texto.

Como enfermeiros devemos incentivar a comportamentos potenciadores da vinculação, mas também saber respeitar o espaço e as individualidades de cada um, demonstrando empatia e disponibilidade.

2.4. Análise

O nascimento de uma criança é considerado um dos acontecimentos mais importantes na vida dos pais e familiares. No entanto, torna-se um fator de ansiedade quando o recém-nascido necessita de ser internado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Os pais têm de lidar com emoções fortes, dolorosas e negativas, passando a manifestar, em algumas situações, sintomas de ansiedade, depressão e frustração até que atinjam a aceitação da situação. Os pais, ao confrontarem-se com o bebé real, que é tão diferente daquele que imaginaram, realizam um processo de luto até o aceitarem como seu e iniciarem os laços afetivos. O sentimento de dor aqui presente relaciona-se com a forma repentina do nascimento e a dificuldade em se prepararem e adaptarem a uma nova realidade (Diaz et al., 2014).

A adaptação dos pais pode ocorrer entre dois extremos de sentimentos opostos: num extremo está o sentimento de culpabilidade pelo que aconteceu que pode manifestar-se

numa dedicação exclusiva ao bebê e num outro extremo está a rejeição do bebê, levando a um afastamento da relação e cuidados ao mesmo (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016). A natureza do vínculo entre a criança e os pais é uma parte essencial da parentalidade. A teoria da vinculação pressupõe que a necessidade de construir vínculos emocionais é uma componente básica da existência humana, presente ao longo de toda a vida (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A qualidade da relação pais/bebê é fundamental para que ocorra um adequado desenvolvimento infantil sendo os primeiros dias fundamental para o desenvolvimento do apego entre o bebê e os pais. Uma vinculação segura é um fator no bom prognóstico do desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o enfermeiro especialista: E3.2. “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais” avaliando o desenvolvimento da parentalidade, promovendo o contato físico dos pais com os recém-nascidos, negociando o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao recém-nascido, facilitando a comunicação expressiva das emoções e demonstrando conhecimentos sobre técnicas de comunicação na relação com as famílias (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

É papel do enfermeiro intervir na promoção da relação entre os pais e o recém-nascido como forma de diminuir a ansiedade por parte dos pais e potenciar o crescimento e o desenvolvimento saudável e equilibrado do recém-nascido (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O enfermeiro tem a responsabilidade de envolver os pais, respeitando as necessidades e desejos, na participação nos cuidados. Quando os pais demonstram interesse em participar, o enfermeiro deve incentivar, fazer os ensinamentos valorizando sempre o reforço positivo. Por outro lado, se os pais se mostrarem mais afastados do recém-nascido na prestação dos cuidados cabe ao enfermeiro mobilizar estratégias promotoras e facilitadoras do papel parental, proporcionando o devido tempo e espaço de cada um.

O acolhimento dos pais na Unidade de Neonatologia é essencial para que se sintam elementos integrantes da equipa. Assim, deve de lhes ser apresentado o espaço físico onde está a criança (a unidade), como funciona a incubadora, quais os cuidados de que necessita no momento, como podem ajudar, incentivando-os a participar nos cuidados. A

comunicação entre os enfermeiros e os pais é fundamental e não se limita apenas a transmitir informações, mas também à maneira como as mesmas são transmitidas. A comunicação é fundamental na expressão de sentimentos e emoções. Assim, a atitude que os pais demonstram ao longo da sua adaptação à nova realidade, deve ser respeitada, na medida em que é fundamental na construção do planeamento de cuidados a estabelecer com os pais.

A presença dos pais e a sua participação nos cuidados é benéfica e fundamental para o desenvolvimento emocional do bebé. O bebé fica mais calmo e seguro, o que facilita o seu processo de recuperação permitindo, de igual modo, que a intervenção da equipa de saúde seja melhor e mais eficiente. O conceito de parceria de cuidados é a base dos cuidados pediátricos porque, por um lado prepara e capacita os pais para o seu papel de cuidadores e por outro lado permite a prestação de cuidados de maior qualidade e segurança.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o enfermeiro especialista: E1.1. “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” através da negociação da participação da família nos cuidados, comunicando assertivamente com os mesmos, utilizando estratégias motivadoras para assunção dos seus papéis e proporcionado conhecimentos e aprendizagem de habilidades específicas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Mas por outro lado, importa conhecer a dinâmica familiar, as condições socioeconómicas da família, a distância da habitação ao Hospital entre outros fatores. O enfermeiro deve avaliar a família como um todo, identificando necessidades e carências não só afetivas como sociais e económicas e ser o elo de ligação com os recursos existentes no Hospital e na Comunidade.

O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de, segundo o artigo 110º do código deontológico dos enfermeiros: “Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

2.5. Conclusão

A reflexão desta problemática permitiu-me ter uma visão mais realista das dificuldades pelas quais os pais passam quando têm um filho recém-nascido hospitalizado.

A importância da visão da família como um todo, nas suas vertentes socioeconómica, cultural e espiritual é essencial para perceber as suas aptidões, mas também as suas limitações. Cabe ao enfermeiro mobilizar os seus conhecimentos e competências de forma a intervir e identificar situações problemáticas.

Com esta reflexão crítica consegui perceber que o papel do enfermeiro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais é crucial na medida que é a pessoa mais próxima dos pais e do recém-nascido, o que facilita na relação que estabelece com ambos permitindo a expressão de emoções, favorecendo o estabelecimento do vínculo entre ambos e promovendo a parentalidade.

O enfermeiro, deve procurar colocar-se no lugar dos pais e das famílias, não fazendo juízos de valor, e procurando sempre o melhor caminho para chegar aos pais e ajudá-los nesta nova fase da sua vida.

De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros, no seu Artigo 102, dos valores humanos, o enfermeiro assume o “dever de: Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

2.6. Planeamento da ação

Esta reflexão serviu para que, de futuro, valorize mais a presença dos pais e consiga identificar os seus sinais de que algo não está bem. Percebi que podem existir várias formas de manifestar receios, preocupações e frustrações perante o internamento de um filho recém-nascido.

A importância da comunicação, da relação que se estabelece com os pais, da parceria dos cuidados e da aceitação das suas limitações e dificuldades são aspetos que vou dar mais valor na continuação do meu percurso como enfermeira.

O enfermeiro especialista deve saber desempenhar estratégias e técnicas de comunicação, adequadas à família e contexto que estão a vivenciar, valorizando a relação que estabeleça com a família e pautando sempre pela qualidade e segurança nos cuidados prestados.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta reflexão foi fundamental para desenvolver e aprimorar algumas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente em relação à importância da parceria de cuidados e do processo de vinculação.

A vinculação entre o recém-nascido e os pais é essencial para o bem-estar emocional e mental do bebé, processo que está comprometido durante o internamento, pelo que o enfermeiro deve ser o elo motivador e facilitador para que este processo se possa desencadear o mais naturalmente possível, atendendo a todas as adversidades inerentes à hospitalização e condições de saúde.

Com esta reflexão, o conceito da díade pais-filhos num ambiente tão específico e sensível como a Neonatologia ganhou outra importância para mim enquanto enfermeira, porque veio reforçar a dimensão da relação que se estabelece logo nos primeiros minutos de vida. Como enfermeira devo incentivar, motivar e reforçar os laços estabelecidos entre os pais e os filhos e proporcionar sempre todas as condições para o desenvolvimento saudável.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bowlby, J. (1984). *Apego e perda: separação-angústia e raiva*, 2. Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-child Attachment and Healthy Human Development*. Basic Books.
- Diaz, Z., Fernandes, S., & Correia, S. (2014). Difficulties of parents with infants admitted to a Neonatal Unit. *Revista de Enfermagem Referência, serIV* (3), 85–93. Link?
- Gibbs, G. (2013). *Learning by doing: a guide to teaching and learning methods* (1st ed.). Oxford Brookes University.
- Melleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia orientador de boa prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. serI*(8). Ordem dos Enfermeiros. [gobp_parentalidadedositiva_vf.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico*. Ordem dos Enfermeiros. [CodigoDeontologico.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Regulamento n° 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n° 422/2018 de 12 de julho. Diário da República, II série (N.º 133 de 12/07/2018), 19192-19194.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *A relação pais-filhos nos recém-nascidos prematuros*. [Os pais do PT \(spneonatologia.pt\)](#)

APÊNDICE XV - Convite aos pais para a sessão “ambiente seguro em casa e deslocações seguras de automóvel”

Convido os pais a assistirem à sessão sobre o tema

**Ambiente seguro em casa
e
Deslocações seguras de automóvel**

Data: 7 de Novembro de 2022

Hora: 14 horas

Duração: 45 minutos

Local: Sala de Cuidados Intermédios

Obrigada pela participação!

Maria João Correia Aluna de MEESIP da UCP



**APÊNDICE XVI - Plano da sessão “Ambiente seguro em casa e
deslocações seguras de automóvel”**

AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE - PLANO DE SESSÃO

Tema: Ambiente seguro em casa e deslocações seguras de automóvel

Local: UCIN - Sala de Cuidados Intermédios

Data: 07/11/2022

Hora: 14 horas

Duração:45 min

Objetivo Geral:

- Contribuir para a promoção de um ambiente seguro em casa e nas deslocações de automóvel.

Objetivos Específicos:

- Transmitir informações aos pais sobre as condições ambientais e físicas mais adequadas a ter em casa, de acordo com as normas europeias de segurança;
- Transmitir aos pais quais as recomendações acerca dos sistemas de retenção das crianças, com enfoque nos prematuros, de acordo com as normas europeias de segurança;
- Sensibilizar sobre a importância de um ambiente seguro como forma de evitar acidentes.

Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Recursos Materiais	Tempo
Apresentação do tema e objetivos	Expositiva	Computador	5'
Ambiente seguro em casa	Expositiva	Computador	10'
Deslocações seguras de automóvel	Expositiva	Computador	10'
Conclusão	Expositiva	Computador	2'
Avaliação da sessão	Questionário		5'

**APÊNDICE XVII - Diapositivos da sessão “Ambiente seguro em casa e
deslocações seguras de automóvel”**

Ambiente seguro em casa e Deslocações seguras de automóvel



Maria João Correia Aluna de MEESIP da UCP
Orientadora Tutorial: Professora Doutora Sílvia Ramos
Orientadora Estágio: Mestre e EEESIP RL

7 de Outubro de 2022

Objetivo Geral

» Contribuir para a promoção de um ambiente seguro em casa
e nas deslocações de automóvel

Objetivos Específicos

- » Transmitir informações aos pais sobre as condições ambientais e físicas mais adequadas a ter em casa, de acordo com as normas europeias de segurança
- » Transmitir aos pais quais as recomendações acerca dos sistemas de retenção das crianças, com enfoque nos prematuros, de acordo com as normas europeias de segurança
- » Sensibilizar sobre a importância de um ambiente seguro como forma de evitar acidentes

Finalmente o dia esperado chegou!

Existem alguns cuidados que deve ter antes de
levar o bebé para casa ...



Cuidados para a compra e utilização em segurança



Quando comprar algum artigo de puericultura, verifique:

- » Se o produto se adapta às funções pretendidas
- » Se possui indicações claras e redigidas em língua portuguesa
- » Se o produto apresenta estabilidade e resistência (cama, berço, cadeira)
- » Rejeite artigos que apresentam arestas ou pontas aguçadas, suscetíveis de causar ferimentos



Cuidados para a compra e utilização em segurança



Antes de utilizar o equipamento:

- » Leia cuidadosamente as instruções e avisos de todos os artigos, e cumpra os rigorosamente
- » Nos casos em que há necessidade de instalação ou montagem, as respetivas instruções devem ser criteriosamente seguidas, assim como as relativas à manutenção
- » Se os produtos tiverem indicações relativas ao peso ou idade da criança, estas deverão ser, igualmente, cumpridas



O Quarto

- » Dispor de luz natural
- » Manter a temperatura entre os 18º e os 21ºC
 - » Conter apenas os móveis indispensáveis
 - » Ser arejado e limpo com frequência
- » As roupas devem ser lavadas com regularidade
 - » Os peluches e adornos devem ser lavados e aspirados com frequência
- » A criança deve dormir em berço/cama própria e nunca com os pais



Alcova e Berço

- » As alcovas estão desaconselhadas pelo maior risco de sobreaquecimento do bebé e risco de queda pela fragilidade das pegas e de alguns suportes



- » O berço pode ser utilizado até cerca dos 4/5 meses, dependendo da vitalidade do bebé
- » Ter atenção à sua estabilidade e segurança (não deve estar incompleto nem danificado)

Cama de Grades

- » A profundidade deve ser no mínimo 60 cm
- » A distância entre as grades deve ser no máximo 6 cm
- » Deve manter as grades da cama elevadas
- » O colchão deve ser firme e adaptado ao tamanho da cama
- » Não deve ser colocada perto de janelas ou fontes de calor
- » Está desaconselhado o uso de protetores acolchoados, edredons, almofadas, brinquedos, fraldas, babetes, laços/fitas na cama, para evitar o risco de asfixia
- » Não cobrir o bebé acima da linha dos ombros. Os cobertores devem estar presos nas laterais
- » Deve deitar o bebé de barriga para cima e com os pés a tocar no fundo da cama
- » Deve verificar com regularidade o seu estado de conservação



Muda fraldas

- » Deve ser sólido e estável, com proteções laterais, de forma a prevenir quedas
- » Deve ter bolsas laterais, ou prateleiras ao lado ou por cima do móvel, de forma a ter sempre ao alcance todos os artigos de que necessite
- » Certifique-se de que tem tudo o que seja necessário antes de começar a mudar a fralda ou a dar banho
- » Em caso de faltar alguma coisa não deixar o bebé sozinho



Espreguiçadeira

- » Verifique se não se volta com facilidade
- » Verifique o funcionamento do sistema de bloqueio e da regulação da inclinação das costas bem como a resistência e o equilíbrio das pernas
- » Estas cadeiras permitem colocar o bebé semi-sentado, de forma a poder participar nas atividades familiares.
- » Deve deixar de utilizar quando o bebé começa a sentar-se sozinho
- » Colocar SEMPRE o cinto de segurança
- » Não colocar cadeiras, espreguiçadeiras ou alcofas em cima de superfícies altas sem vigilância



Chupetas

- » Existem chupetas de silicone e de látex. Escolha modelos com argola ou manípulo
- » O disco da chupeta deve ter no mínimo 4,3 cm de largura e possuir orifícios de ventilação
- » Evite chupetas de silicone quando o bebé começar a ter dentes, devido ao maior risco de se soltarem pequenos pedaços com os quais se pode engasgar
- » Verifique regularmente o seu estado de conservação
- » Se o bebé só gosta de um modelo de chupeta, compre várias iguais para proceder à substituição em caso de necessidade



Correntes para chupetas

- » Devem ser utilizadas quando o bebé começar a mexer-se mais, e existir necessidade de prender a chupeta. O seu comprimento não deve ser superior a 22 cm, de modo a evitar o risco de estrangulamento
- » Verifique frequentemente o seu estado de conservação
- » Nunca prenda a corrente com alfinetes nem utilize fios ou colares
- » Retire a corrente da chupeta quando deitar o bebé



Biberões e tetinas

- » Os biberões devem ser fáceis de limpar.
- » Nunca deixe o bebé sozinho deitado na cama a tomar o biberão, pois existe um risco elevado de ele se engasgar
- » Evitar aquecer o biberão no micro-ondas, agitar bem e verificar a sua temperatura pelo risco de queimadura
- » Quando o bebé começar a ter dentes, evite as tetinas de silicone devido ao risco de se soltarem pequenos pedaços
- » Pode esterilizar os biberões, as tetinas e as chupetas, mas estudos mais recentes referem já não ser necessário



Cuidados a ter em caso de engasgamento do bebé

- » Manter a calma
- » Sente-se e coloque o bebé sobre as suas coxas de barriga para baixo
- » Deixe a cabeça do bebé volta para os seus joelhos
- » Segure o bebé por baixo deixando o seu antebraço sobre a barriga do bebé
- » Use a sua mão para segurar a cabeça e o pescoço do bebé, deixando a sua cabeça mais baixa que o resto do corpo
- » Com a sua outra mão dê 5 pancadas firmes nas costas do bebé (entre as omoplatas)
- » Repita o processo se for necessário



Contacte o 112 se não melhorar

Banheira de bebé

- » Deve escolher o modelo de banheira de bebé mais adequado à sua habitação e mais estável
- » O ideal é a casa de banho, desde que possa ser aquecida
 - » Temperatura da água do banho (36°C – 37°C)
- » A quantidade de água deve ser suficiente para o bebé flutuar (nível da água deve bater no umbigo)
- » As banheiras de encaixe sobre pés desdobráveis poderão ser mais instáveis
- » Nunca deixar o bebé sozinho na banheira ou sob supervisão de outra criança



Cadeiras de banho



- » São instáveis e podem voltar-se com facilidade mesmo usando ventosas para aderir à banheira
- » NUNCA deve deixar o bebê sozinho durante o banho



Brinquedos

- » Deve ter em atenção a idade recomendada e incluir a marca CE
- » As rocas são brinquedos de grande agrado para o bebê. Não devem ter cabos compridos que a criança possa enfiar na boca nem peças pequenas que se possam soltar ou partir com facilidade devido ao risco de asfixia
- » Outro brinquedo muito apreciado é o anel de dentição. Caso contenha no seu interior um líquido para refrigerar, nunca o deixe congelar e verifique regularmente se não há fugas. Ao primeiro sinal de deterioração, não o dê mais ao bebê
- » Não utilizar brinquedos com peças soltas, laços, botões



Intercomunicadores

- » Permite controlar o bem-estar da criança sem necessidade de estar sempre a entrar no seu quarto
- » Muito úteis para vigiar o sono do bebé
- » Existem vários tipos consoante a função que se pretende obter



Passeios

- » Evite exposição solar direta
- » Deve evitar as horas de maior calor
- » Usar protetor solar com grau máximo de proteção
- » Tapar a cabeça
- » Privilegiar os passeios ao ar livre
- » Evitar espaços fechados com muita gente



Proteção do Lar

Deve começar a pensar em algumas medidas de proteção a ter em casa:

- » Barreiras de proteção / cancelas
- » Proteções para cantos
- » Protetores de tomadas
- » Protetores de gavetas, portas e janelas
- » Tapetes antiderrapantes
- » Medicamentos e produtos tóxicos longe do alcance da criança



Cadeira de automóvel

» A criança deve ser sempre transportada num sistema de retenção (cadeira) apropriado ao seu peso e idade desde a saída da maternidade até aos 12 anos (ou 1,50 m de altura ou 36 kg de peso)

» Deve ser sempre adquirida antes do nascimento do bebé

» Verifique a presença da etiqueta de homologação (regulamento ECE R44-04/UN)

» Evite usar cadeiras emprestadas ou em segunda mão

» Deve ser leve, de fácil instalação e transporte

» Deve experimentar a cadeira no seu automóvel para testar se o comprimento dos cintos de segurança é adequado

» Este artigo é indispensável para a segurança das crianças e a sua escolha deve ser feita com rigor



Transporte de Recém-nascido

Existem dois grupos de cadeiras:

1- No primeiro grupo incluem-se

a- Cadeiras 0 - até aos 10 Kg (0 aos 9 meses)

b- Cadeiras 0+- até aos 13Kg (0-18 meses)

c- Alcofas - até 10kg

2- No segundo grupo incluem-se:

a- Cadeiras grupo 0/I e 0+/I - dos 0 meses aos 4 anos (voltadas para trás)

Grupo	Peso	Idade (aprox.)	Posição da cadeira
0 - Alcofa	Só para casos especiais*		De lado
0+	Até 13 kg	Até 12-18 meses	Virada para trás (VT)
0+/I ou I	Até 18 kg	12 meses - 3/4 anos	Virada para trás (VT)
0+/I ou I	Até 18 kg	18 meses - 3/4 anos	Virada para a frente (VF)
II/III	15-36 kg	4/6 anos - 12 anos	Virada para a frente (VF)
III	22-36 kg	8/9-12 anos	Virada para a frente (VF)

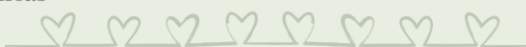


Cadeiras grupo 0/0+

- » A mais recomendável é a cadeira 0+ porque transporta o bebé desde os 0 até cerca dos 15-18 meses
- » Só pode ser colocada para a retaguarda e no banco traseiro com o airbag desligado
- » Se for transportada no banco da frente sempre com o airbag desligado
- » Deve ser colocada com o encosto num ângulo de 45º

Alcofa

- » Deve ser rígida e conter igualmente a letra E
- » Presa com os cintos no banco traseiro e deverá ter arnês para segurar o bebé
- » O bebé fica de barriga para cima e com a cabeça voltada para o interior do automóvel
- » Recomendável em situações de saúde específicas

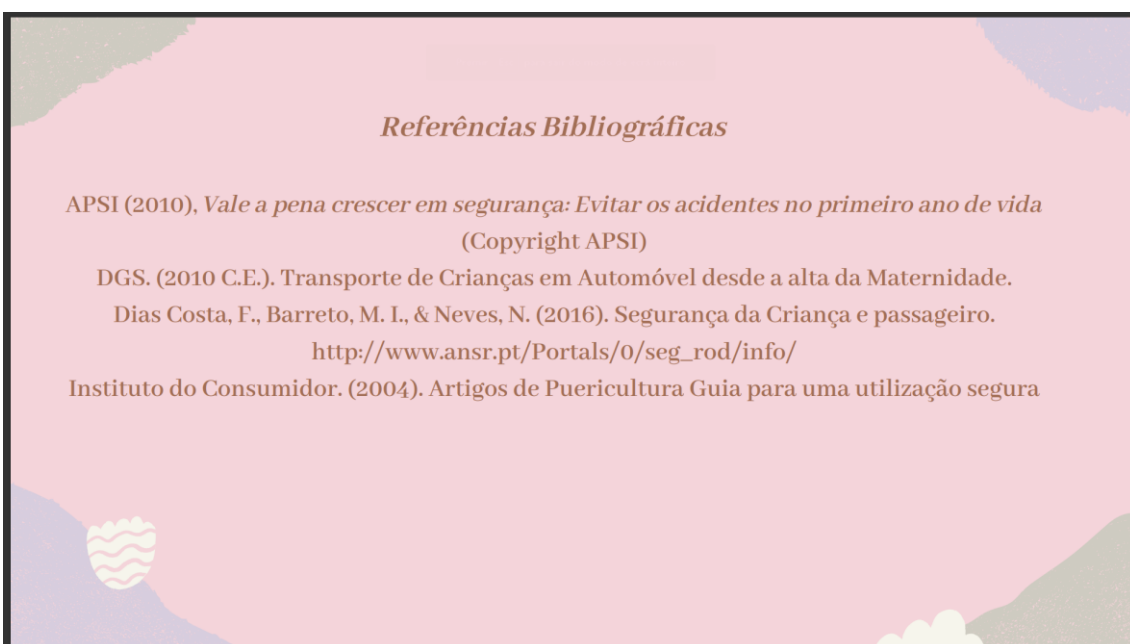


Transporte do Recém-Nascido Prematuro

Cuidados a ter no posicionamento do RN prematuro:

- » Coloque 2 rolos laterais para apoiar o pescoço e a cabeça, para proteger dos embates laterais
- » Coloque um rolo entre o cinto e o interior das pernas reduzindo o risco de o bebé se "afundar" na cadeira
- » Não deve utilizar almofadas ou outras proteções debaixo ou atrás da criança porque impedem que fique bem posicionada
- » Existem redutores para cadeiras à venda no mercado. Utilizar os que vêm com a cadeira e não comprar de outras marcas pelo risco de reduzir a segurança devido a eventuais folgas entre os cintos de segurança





**APÊNDICE XVIII - Avaliação da sessão “Ambiente seguro em casa e
deslocações seguras de automóvel”**

AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE- AVALIAÇÃO DA
SESSÃO

Tema: Ambiente seguro em casa e Deslocações seguras de automóvel

Local: UCIN - Sala de Cuidados Intermédios

Data: 07/11/2022

Hora: 14 horas

Duração: 45 minutos

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião e avaliação da sessão a que assistiu.

Apreciação Global	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas			1	4
Esta sessão foi útil para si			1	4
Favoreceu a aquisição ou consolidação de conhecimentos			2	3
Foram abordados todos os aspetos que considera importantes			2	3
A duração da sessão foi adequada			2	3
O horário da sessão foi adequado			1	4

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração

APÊNDICE XIX - Folheto fornecido aos pais sobre a sessão “Ambiente seguro em casa e deslocações seguras de automóvel”

Brinquedos

- » Ter em atenção a idade recomendada e incluir a marca CE
- » As rocas são brinquedos de grande agrado para o bebé. Não devem ter cabos compridos que a criança possa enfiar na boca nem peças pequenas que se possam soltar ou partir com facilidade devido ao risco de asfixia
- » Outro brinquedo é o anel de dentição. Não congelar se tiver líquido no interior
- » Não utilizar brinquedos com peças soltas, laços, botões

Cadeira de automóvel

- » A criança deve ser sempre transportada em cadeira apropriada ao seu peso e idade desde a saída da maternidade até atingir 12 anos (ou 1,50 m de altura ou 36 kg de peso)
- » Deve ser sempre adquirida antes do nascimento do bebé
- » Verificar a presença da etiqueta de homologação (regulamento ECE R44-04/UN)
- » Evitar cadeiras emprestadas ou em segunda mão
- » Deve ser leve, de fácil instalação e transporte
- » Deve ser experimentada no automóvel para testar se o comprimento dos cintos de segurança é adequado
- » Deve ser utilizada no banco traseiro ou dianteiro com o airbag desligado

Referências Bibliográficas

APSI (2010). *Valer a pena crescer em segurança: Evitar os acidentes no primeiro ano de vida* (Copyright APSI)
DGS (2010). *Transporte de Crianças em Automóvel desde a Saída da Maternidade*.
Dias Costa, F., Barreto, M. I., & Neves, N. (2016). *Segurança de Criança e passageiro*.
http://www.ansp.pt/Portals/0/seg_rsd_info/
Instituto do Consumidor. (2004). *Artigos de Pluricelular Gasta para uma utilização segura*

Transporte do Recém-Nascido Prematuro

- Cuidados a ter no posicionamento do RN prematuro:
- » Colocar 2 rolos laterais para apoiar o pescoço e a cabeça, para proteger dos embates laterais
 - » Colocar um rolo entre o cinto e o interior das pernas reduzindo o risco de o bebé se "afundar" na cadeira
 - » Não utilizar almofadas ou outras proteções debaixo ou atrás da criança porque impedem que fique bem posicionada
 - » Existem redutores para cadeiras à venda no mercado. Utilizar os vêm com a cadeira e não comprar de outras marcas pelo risco de reduzir a segurança devido a eventuais folgas entre os cintos de segurança



Ambiente seguro em casa e Deslocações seguras de automóvel

Outubro 2022

Maria João Correia
Aluna de MEESIP da UCP

Quarto

- » Deve ter luz natural
- » Temperatura 18º-21ºC
- » Conter apenas os móveis indispensáveis
- » Limpo e arejado regularmente
- » A criança deve dormir em berço / cama própria e nunca com os pais

Alcova

- » Desaconselhada pelo risco de sobreaquecimento e risco de queda pela fragilidade das pegas e dos suportes

Berço

- » Deve ser estável
- » Usado até cerca dos 4/5 meses
- » Berço seguro – não deve estar danificado nem incompleto

Cama de Grades

- » Profundidade mínima de 60 cm
 - » Distância entre grades até 6 cm
 - » Manter grades da cama elevadas
 - » Colchão firme, limpo, na posição horizontal e bem ajustado à cama
 - » Desaconselhado o uso de protetores acolchoados, edredons, almofadas brinquedos e fitas para evitar o risco de asfixia
 - » Não cobrir o bebé acima da linha dos ombros. Sem gorros, babetes, fraldas de pano ou outros objetos
 - » O cobertor de ser preso nas laterais
- ### Intercamunicador
- » Permite controlar o bem-estar da criança sem necessidade de estar sempre a entrar no seu quarto
 - » Muito útil para vigiar o sono do bebé

Muda Fraldas

- » Deve ser sólido e estável, com proteções laterais, de forma a prevenir quedas
- » Deve ter bolsas laterais, ou prateleiras ao lado ou por cima do móvel, de forma a ter todos os utensílios à mão
- » Antes de mudar a fralda verificar se tem tudo o que necessita
- » Em caso de faltar alguma coisa não deixar o bebé sozinho

Espreguiçadeira

- » Verificar se não se volta com facilidade
- » Verificar o funcionamento do sistema de bloqueio ou regulação da inclinação das costas bem como a resistência e o equilíbrio das pegas
- » Deve deixar de ser utilizada quando o bebé começa a sentar-se sozinho
- » Colocar SEMPRE o cinto das cadeiras e espreguiçadeiras
- » Não colocar cadeiras, espreguiçadeiras ou alcofas em cima de superfícies altas sem vigilância

Chupetas

- » Existem chupetas de silicone e de látex. Escolher modelos com argola ou manípulo
- » O disco da chupeta deve ter no mínimo 4,3 cm de largura e possuir orifícios de ventilação
- » Verificar regularmente o seu estado de conservação. Se o bebé só gosta de um modelo de chupeta, comprar várias iguais para proceder à substituição em caso de necessidade

Correntes para chupetas

- » Utilizar quando o bebé começar a mexer-se mais, e existir necessidade de prender a chupeta. O seu comprimento não deve superior a 22 cm, de modo a evitar o risco de estrangulamento
- » Nunca prender a corrente com alfinetes, fios ou colares
- » Retirar a corrente da chupeta quando deitar o bebé

Biberões e tetinas

- » Nunca deixar o bebé sozinho deitado na cama a tomar o biberão, pois existe um risco elevado de ele se engasgar
- » Evitar aquecer o biberão no micro-ondas, agitar bem e verificar a sua temperatura
- » Quando o bebé começar a ter dentes, evite as tetinas de silicone devido ao risco de se soltarem pequenos pedaços
- » Pode esterilizar os biberões, as tetinas e as chupetas mas estudos mais recentes referem já não ser necessário

Higiene

- » Escolher o modelo de banheira mais adequada à habitação e mais estável
- » Temperatura da água do banho (36ºC – 37ºC)
- » A quantidade de água deve ser suficiente para o bebé flutuar (nível da água toque no umbigo)
- » Nunca deixar o bebé sozinho na banheira ou na cadeira de banho ou sob supervisão de outra criança

**APÊNDICE XX - Guião das entrevistas informais aos pais/cuidadores das
crianças hospitalizadas na UCIP**

Guião Orientador das entrevistas informais aos pais/cuidadores das crianças hospitalizadas na UCIP

Tema: Perceção da família sobre a segurança nos cuidados prestados à criança hospitalizada.

Objetivo geral: Conhecer a perceção dos pais/familiares acerca dos cuidados prestados à criança hospitalizada pelos profissionais de saúde da UCIP.

1. Legitimação da Entrevista

Objetivos:

- Motivar o entrevistado na participação da entrevista,
- Explicar o tema e objetivo da entrevista,
- Garantir a confidencialidade,
- Informar o tempo estimado da entrevista (30 a 40 minutos).

2. Identificação pessoal e familiar do entrevistado

Objetivos:

- Recolher dados da caracterização pessoal e familiar do entrevistado:
 - Idade,
 - Sexo,
 - Grau de parentesco,
 - Tempo de permanência junto à criança durante o internamento.

3. Perceção dos familiares sobre a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada

Objetivos:

- Conhecer a perceção dos familiares sobre a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada.

Questões orientadoras:

- É o primeiro internamento da criança?
- A criança tem patologia crónica?

- Qual a duração do internamento na UCIP?
 - O que pensa da segurança dos cuidados prestados ao seu filho, pela equipa de saúde?
- (se necessário orientar em relação à competência dos profissionais, conhecimentos científicos dos profissionais, confiança nos profissionais, relação com a equipa)

4. Fatores que contribuem para o cuidado inseguro identificados pelos familiares das crianças hospitalizadas

Objetivos:

- Identificar fatores identificados pelos familiares que possam contribuir para o cuidado inseguro.

Questões orientadoras:

- Quais os fatores que identifica que possam contribuir para que os cuidados prestados ao seu filho sejam de risco e sem segurança?

5. Sugestões dos familiares para promover a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada

Objetivos:

- Identificar aspetos relativos aos profissionais de saúde que promovam a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada,
- Identificar aspetos relativos à Instituição de Saúde que promovam a segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada.

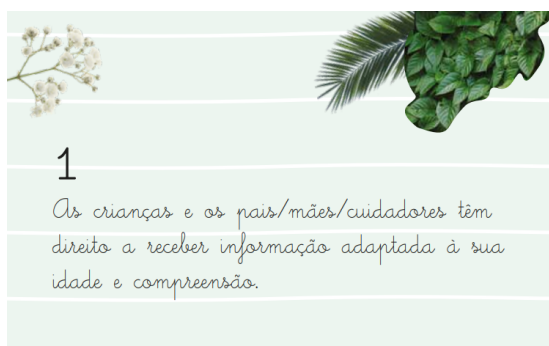
Questões orientadoras:

- Em relação aos profissionais de saúde, que sugestões aconselha para a promoção da segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada?
- Em relação à Instituição de Saúde, que sugestões aconselha para a promoção da segurança dos cuidados prestados à criança hospitalizada?

6. Agradecimento do entrevistado na participação da entrevista informal


ANEXOS

ANEXO I - Carta da Criança nos Cuidados de Saúde primários

1
As crianças e os pais/mães/cuidadores têm direito a receber informação adaptada à sua idade e compreensão.

A equipa de profissionais de saúde deve utilizar uma linguagem adaptada à compreensão da criança e dos pais/mães/cuidadores. A criança e os pais/mães/cuidadores têm o direito de obter informações sobre o estado de saúde e o tratamento indicado pela equipa de profissionais de saúde. A explicação para as crianças, mediante autorização prévia dos pais/mães/cuidadores, poderá e deverá incluir uma componente lúdica, de forma a desmistificar os cuidados de saúde e alguns medos associados.



2
As crianças têm direito a expressar a sua opiniões.

Considera-se essencial a auscultação das crianças não só sobre o seu estado de saúde e tratamentos como sobre outras questões que lhes digam respeito direta ou indiretamente, por exemplo, o acolhimento, atendimento, a presença dos pais/mães/cuidadores, a intimidade/privacidade, a adaptação da informação, espaços para brincar, entre outros.



3

As crianças devem ser atendidas, sempre que possível, por profissionais com formação em Pediatria ou Saúde Infantil.



O recurso pelos utentes a cuidados de saúde não urgentes para as crianças no SNS ocorre ao nível das consultas de saúde infantil nos centros de saúde. A equipa de profissionais de saúde deve ter formação em Pediatria ou Saúde Infantil bem como experiência com crianças, competências e sensibilidade para trabalhar com crianças e famílias.



4

O espaço deve ser o mais adaptado possível às necessidades das crianças.



Deve oferecer-se às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas e afetivas quer no aspeto do equipamento como no do pessoal e da segurança. A unidade de saúde deve ser acessível a todos os utentes, em especial às crianças. Deve ter espaços adequados às necessidades das crianças ("amigos das crianças") através de ilustrações, por exemplo, bem como na disponibilização de material lúdico higienizável adaptado às diferentes faixas etárias.

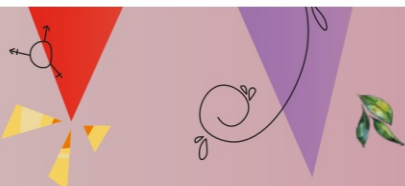


5

As crianças devem ser tratadas de forma holística, como um todo psicológico, social e físico.



Nos cuidados de saúde primários, embora não exista uma permanência na unidade de saúde, a oferta de serviços deve ir para além da cura física, incluindo também bem-estar psicológico e religioso, tratando a criança como um todo. De igual forma a equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.



6

As crianças têm o direito a estar acompanhadas pelos pais/mães/cuidadores em todos os momentos da prestação dos seus cuidados.



A criança tem direito a ter os pais ou seus substitutos junto dela durante os cuidados de saúde que lhe são prestados enquanto permanece na unidade de saúde. A partir dos 16 anos as crianças deverão poder escolher se querem ser acompanhadas pelos seus pais/mães/cuidadores ou se preferem estar sozinhas na prestação de cuidados.



7

A equipa de profissionais de saúde deve estar organizada de modo a dar suporte e capacitar todos os intervenientes nas redes em que a criança se insere.

Os pais/mães/cuidadores ou professores/educadores devem poder participar ativamente nos cuidados à criança portadora de doença crónica, nos cuidados paliativos em fim de vida e na gestão da dor. No caso de a criança necessitar de cuidados no domicílio, os pais/mães/cuidadores ou professores/educadores devem obter formação sobre os cuidados a prestar à criança, para que se sintam confortáveis na prestação dos mesmos. Deve ser garantida a visita domiciliária por parte dos profissionais.

Para que os pais/mães/cuidadores possam cuidar dos filhos, estes devem ser informados dos recursos existentes na comunidade (IPSS) ou outros como a Segurança Social (SS).



8

A intimidade de cada Criança deve ser respeitada.

A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias, independentemente da idade ou do nível de desenvolvimento. A proteção da privacidade da criança deve ser assegurada em todas as situações, nomeadamente na comunicação e na observação.



9

A equipa de profissionais de saúde deve assegurar um plano de continuidade de cuidados para a criança com doença crónica complexa.

A Criança com doença crónica complexa deve ter assegurado um plano individual de intervenção que deve também contemplar a transição entre os cuidados de saúde primários, os cuidados Hospitalares e os cuidados continuados integrados (CCI), bem como, a transição intra/interinstituições.



10

As crianças têm o direito a ser tratadas todas da mesma forma independentemente da sua raça, religião, idade, classe social, entre outras.

Todas as crianças são iguais e merecem/devem ser tratadas com respeito, igualdade, sem discriminação alguma. Cabe a cada unidade de saúde garantir que isto acontece. Devem assim garantir que não existam crianças discriminadas por qualquer motivo e sobretudo que isso não coloque em causa o tratamento que lhes é prestado. A criança deve sentir que nas unidades de saúde todos são tratados de igual forma, não existindo crianças beneficiadas/discriminadas.



FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Carta da Criança nos cuidados de saúde primários

EQUIPA TÉCNICA RESPONSÁVEL

Inês Agostinho
Melanie Tavares (coordenadora)
Vera Abecasis

REVISÃO TÉCNICA

Direção-Geral da Saúde

ILUSTRAÇÕES

Margarida Brett

EDIÇÃO

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA
Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança

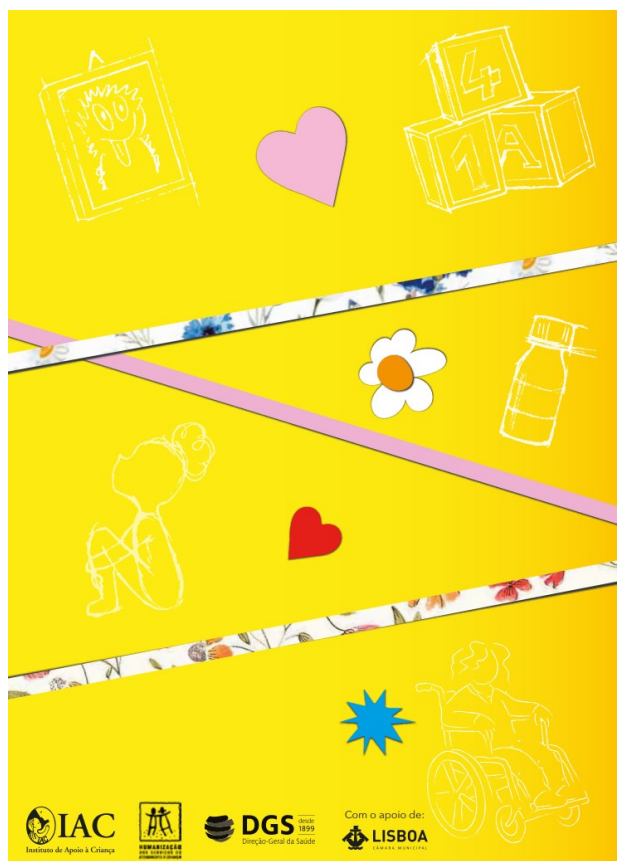
Av. da República, n.º 21
1050-185 Lisboa - Portugal
E-mail: iac-sede@iacrianca.pt
iac-humanizacao@iacrianca.pt
Site: www.iacrianca.pt

1.ª Edição
Abril 2021

ISBN
978-972-8003-60-9



Com o apoio de:



ANEXO II - Certificado de apresentação do poster “Perceção da família sobre a segurança nos cuidados prestados à criança hospitalizada”

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

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



ANEXO III - Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

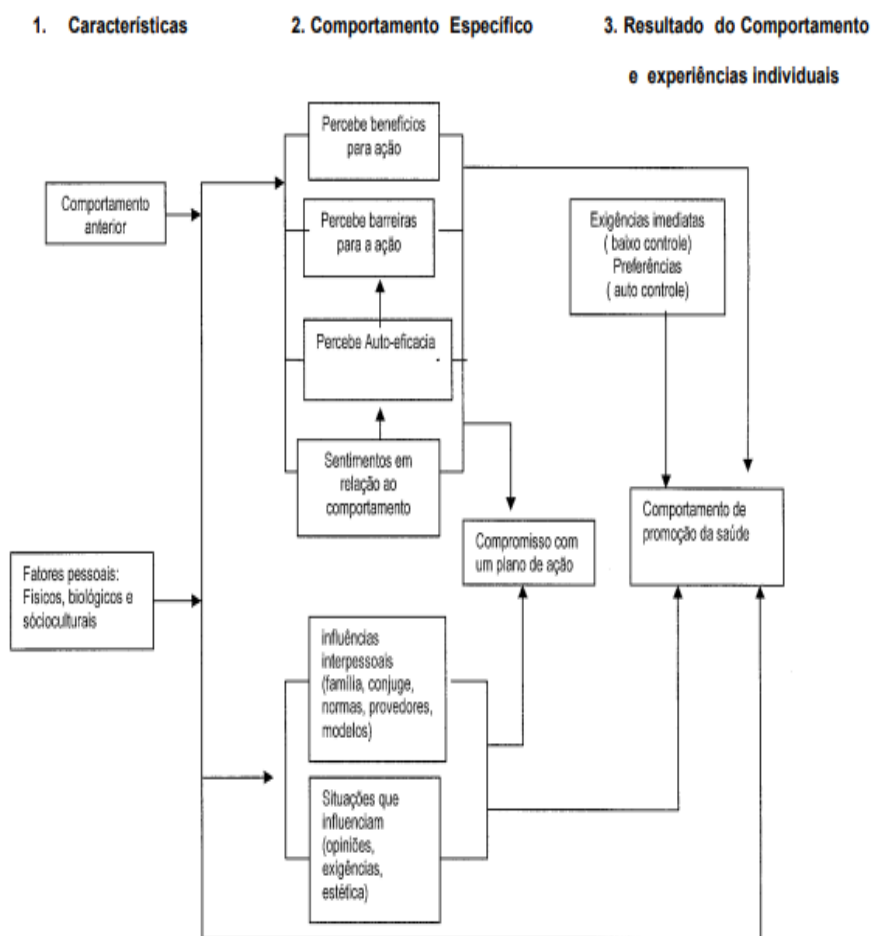



Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (Pender et al., 2005)

**ANEXO IV-Declaração de frequência do “I Encontro de UCI Neonatais e
Pediátricas do CH Cuidar da Criança, Jovem e Família em situação de grande
complexidade”**

DECLARAÇÃO

Declara-se que **MARIA JOÃO PEREIRA LOPES CORREIA** frequentou a **Videoconferência "I Encontro de UCI Neonatais e Pediátricas do [REDACTED] Presencial e em Videoconferência: "Cuidar da Criança, Jovem e Família em Situação de Grande Complexidade"**, realizada **no dia 21 de Outubro de 2022**, com a duração total de **6 horas e 30 minutos**.

Lisboa, 03 de novembro de 2022


A Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 12904/2022/CS

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 – ACSS)