

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio

**“A segurança terapêutica do doente crítico pediátrico
em situação de emergência: intervenção especializada
de enfermagem”**

Andreia Filipa Mendes de Amaral

Lisboa

2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

**“A segurança terapêutica do doente crítico pediátrico
em situação de emergência: intervenção especializada
de enfermagem”**

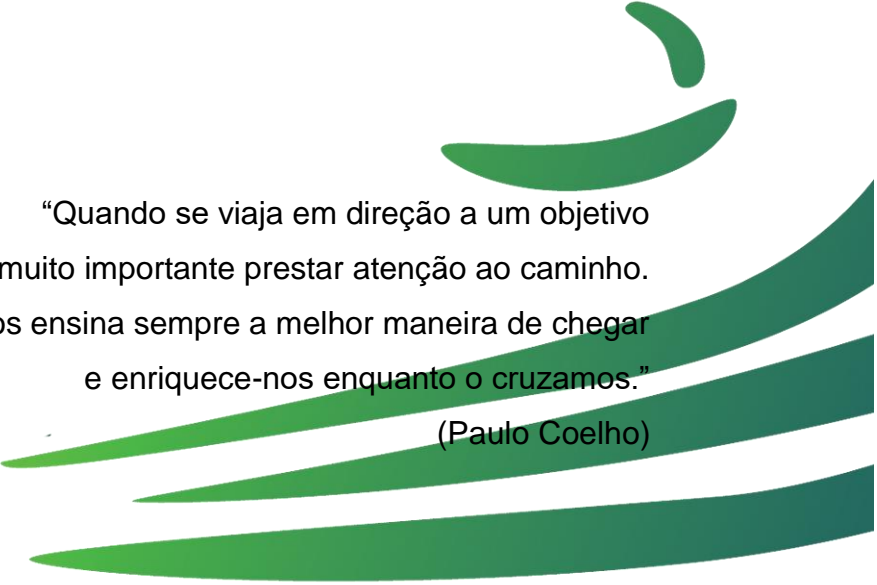
Andreia Filipa Mendes de Amaral

Orientador: Professor Doutor Jorge Ferreira

Lisboa

2017





“Quando se viaja em direção a um objetivo
é muito importante prestar atenção ao caminho.
O caminho é que nos ensina sempre a melhor maneira de chegar
e enriquece-nos enquanto o cruzamos.”

(Paulo Coelho)

Dedicatória

Aos enfermeiros que me acompanharam durante este percurso, sendo exemplo de humildade, profissionalismo e dedicação à profissão.

Aos professores da ESEL, por todo o apoio demonstrado.

Ao meu orientador, professor Jorge Ferreira, por ter partilhado este caminho comigo, pela dedicação e confiança que sempre depositou no meu trabalho.

Aos meus colegas de mestrado pelas horas seguidas de trabalho árduo e por todos os momentos extracurriculares que tão bem nos ajudaram a ultrapassar momentos difíceis.

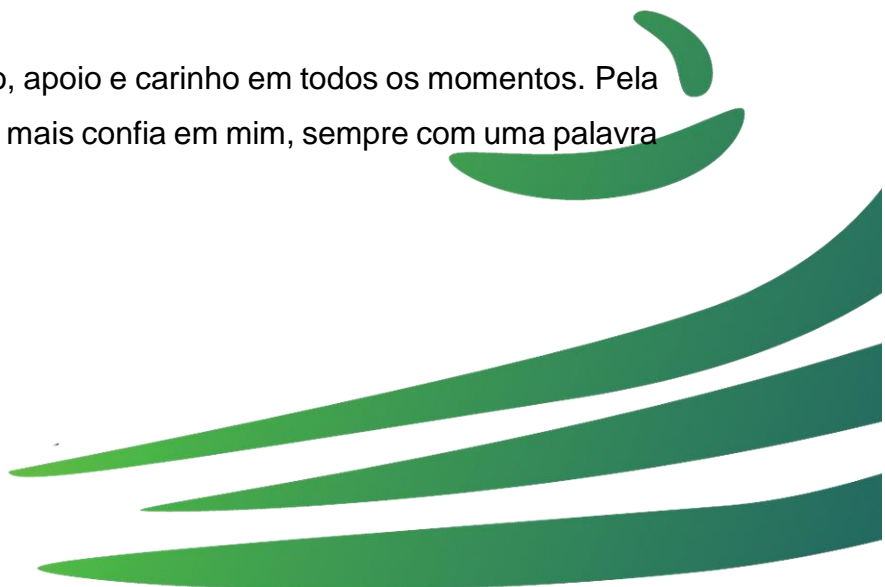
Aos meus colegas de trabalho, pela paciência, companheirismo, disponibilidade e atenção aos pequenos pormenores.

À enfermeira Maria de Jesus Lino, pelo exemplo que sempre me deu e por ter sido a primeira a confiar neste meu percurso.

À minha chefe, enfermeira Patrícia Nascimento, por toda a ajuda e confiança que depositou em mim.

À minha família e amigos, pelo sorriso, pelo abraço, pelo carinho e amor, mesmo nas horas e minutos, almoços e jantares, domingos e feriados em que estive ausente.

Ao João Gordo pela compreensão, apoio e carinho em todos os momentos. Pela ajuda incondicional. Por ser quem mais confia em mim, sempre com uma palavra de conforto.



Siglas e Abreviaturas

AO – Assistente Operacional

APA – *American Psychological Association*

CMEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

CNRRNEU – Comissão Nacional de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DC – Doente Crítico

DCP – Doente Crítico Pediátrico

ECMO - *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*

EE – Enfermeiro Especialista

EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Sala de Observações

SU – Serviço de Urgência

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

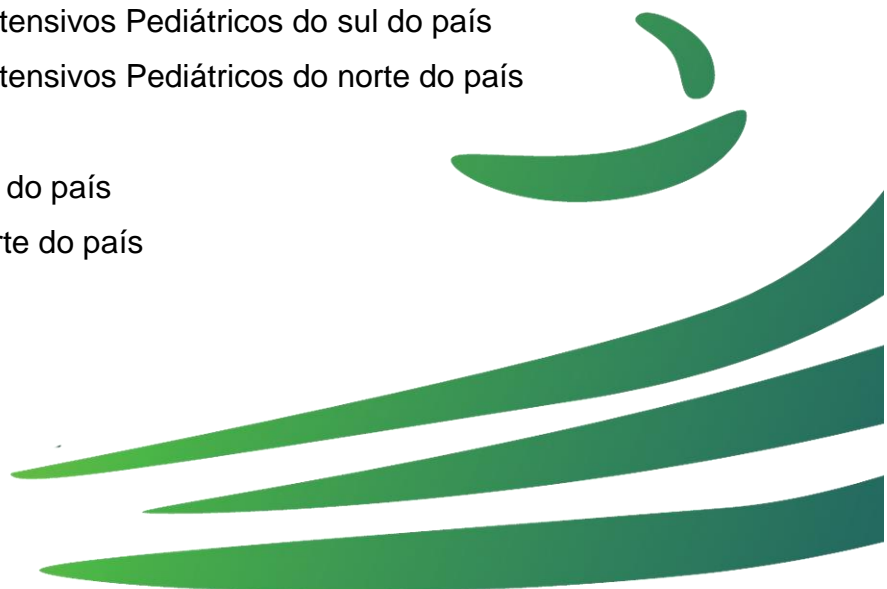
UCIP1 – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do sul do país

UCIP2 – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do norte do país

UP - Urgência Pediátrica

UP1 – Urgência Pediátrica do sul do país

UP2 – Urgência Pediátrica do norte do país



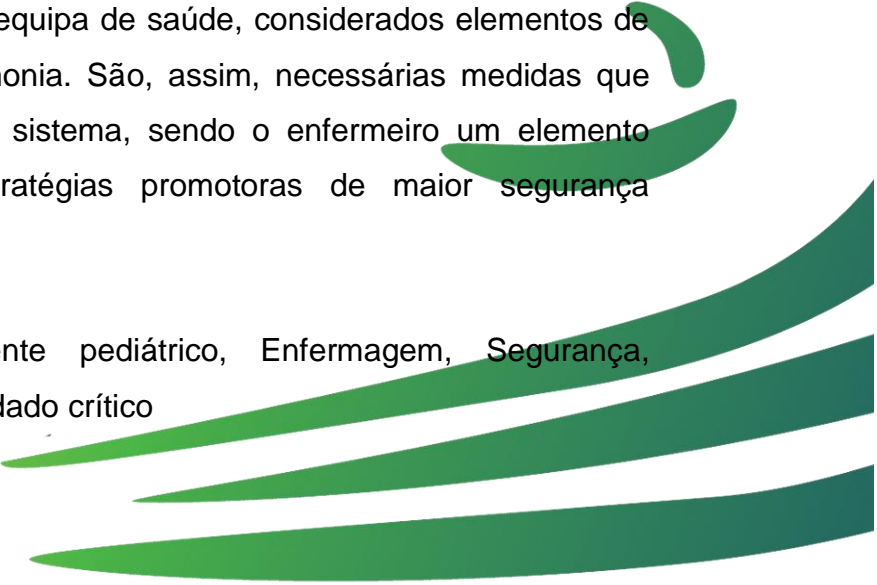
Resumo

O presente relatório exhibe o percurso de aprendizagem desenvolvido em diferentes serviços de prestação de cuidados de saúde e pretende descrever, analisar e refletir acerca do caminho percorrido, apresentando os objetivos, as atividades desenvolvidas, as dificuldades sentidas e as principais estratégias utilizadas para as ultrapassar. São descritos neste relatório os cuidados de enfermagem especializados prestados à luz da evidência científica, assumindo-se um conjunto de objetivos e atividades com vista ao desenvolvimento das competências do enfermeiro mestre à Pessoa em Situação Crítica.

Tomou-se como tema transversal de estágio «a segurança terapêutica do doente crítico pediátrico em situação de emergência: intervenção especializada de enfermagem» e como objetivo geral desenvolver conhecimentos e competências especializadas de enfermagem na garantia da segurança do doente crítico pediátrico em contexto de Urgência Pediátrica e de Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Definiu-se um conjunto de objetivos específicos: prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico pediátrico e à sua família; demonstrar a aquisição de competências relacionais e comunicacionais; demonstrar a aquisição de competências éticas e legais e aplicar os princípios de prevenção e controlo de infeção.

A segurança é fulcral à melhoria dos *outcomes* do doente, das organizações e do próprio Serviço Nacional de Saúde. É sabido que o ruído, as frequentes interrupções ou mesmo a comunicação interdisciplinar em situações emergentes, são exemplos de fatores que influenciam a possibilidade de ocorrência de incidentes que colocam em risco a segurança do doente. Acresce o *stress* característico ao cuidado com o doente crítico pediátrico, seja para o doente, para a família ou para a equipa de saúde, considerados elementos de um sistema que carece de harmonia. São, assim, necessárias medidas que promovam a homeostasia deste sistema, sendo o enfermeiro um elemento essencial na definição de estratégias promotoras de maior segurança terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE: Doente pediátrico, Enfermagem, Segurança, Estratégias, Erro terapêutico, Cuidado crítico



Abstract

This report displays the learning path developed on different healthcare services and try to describe, analyse and reflect about it, presenting the objectives, activities, difficulties and the main strategies to solve them. Are described in this report the specialized nursing care, justified by scientific evidences, considering a set of objectives and activities for the development of the skills of master nurse on critical situation.

The main theme of the internship is «the therapeutic safety of pediatric critical patient in emergency: a specialized nursing care», and as general objective, to develop specialized nursing knowledge and skills in the safety of the critical pediatric patient in emergency department and pediatric intensive care unit. We define one set of specific objectives: provide nursing specialized care to the critical pediatric patient and his family; demonstrate the acquisition of relational and communicational skills; demonstrate the acquisition of ethical and legal skills and to apply the principles of prevention and control of infection.

The safety is the key point on the healthcare, and it is essential for the upgrade of the patient outcomes, as well organizations and Health National Service. It's known that the noise, the interruptions or the communication in emergency situations are some examples of factors which impact with the possibility of incidents that put at risk the patient safety. Is added the characteristic stress in a pediatric critical care, either for the family, the patient or the healthcare professionals, which are a part of the same system that need harmony. There are needed measures that promote the system homeostasis, at where the nurse is an essential element on the definition of strategies that promote therapeutic safety.

KEY-WORDS: Pediatric patient, Nursing, Safety, Strategies, Medical error, Critical care.



Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	11
1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	17
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM	23
2.1.1. Serviço de Urgência Pediátrica	29
2.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Histórico de pesquisa na base de dados <i>Medline</i>	
APÊNDICE II – Histórico de pesquisa na base de dados <i>Cinahl</i>	
APÊNDICE III – Cronograma de estágio	
APÊNDICE IV – Plano de atividades de estágio	
APÊNDICE V – Formação à equipa de enfermagem da UP do hospital de origem	
APÊNDICE VI – Instrução de trabalho «Verificação diária da operacionalidade da sala de reanimação»	
APÊNDICE VII – Instrução de trabalho «Verificação e <i>stock</i> do material do carro de apoio à reanimação»	
APÊNDICE VIII – Escala de reposição / revisão mensal do carro de apoio à reanimação	
APÊNDICE IX – Impresso «fármacos utilizados em sala de reanimação»	
APÊNDICE X – Comunicação livre no I Congresso Internacional Gestão da Transição Segura	
APÊNDICE XI – Proposta de <i>checklist</i> de transporte intra-hospitalar do doente pediátrico	
APÊNDICE XII – Etiquetas de identificação a colocar nas crianças em SO e UCIP	

APÊNDICE XIII – Impresso de colheita de dados das crianças em UCIP

APÊNDICE XIV – Impresso de colheita de dados das crianças em SO



INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), surge a construção deste relatório com o objetivo de descrever, de forma sustentada e fundamentada, as atividades realizadas em contexto clínico, bem como as principais competências desenvolvidas, com vista à obtenção do grau de mestre em Pessoa em Situação Crítica (PSC). É aqui também pretendida uma reflexão relativamente às dificuldades sentidas pela estudante no decorrer do estágio, enumerando estratégias que lhe tenham permitido ultrapassar tais dificuldades.

De acordo com o transmitido desde o início do curso de mestrado, é o estudante o principal responsável por este percurso académico, sendo-lhe incumbido o dever de traçar e elaborar o seu projeto, encerrando em si as decisões sobre os objetivos e as atividades a realizar, assim como a responsabilidade da gestão e avaliação do processo e resultados do mesmo (Ferreira, 2009).

Este percurso visa, assim, a aquisição do grau de mestre, adquirindo “competências de desenvolver conhecimento e de aplicar de forma independente a metodologia científica” (Cabete, 2008, p.2). Para tal, é pretendida a demonstração de conhecimentos e capacidade de compreensão, desenvolvendo-os e permitindo constituir a base de desenvolvimento em muitos casos em contexto de investigação; saber aplicar os conhecimentos em situações novas; ter capacidade de lidar com situações complexas, desenvolver situações ou emitir juízo em situações de informação limitada ou incompleta; ser capaz de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e possuir competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida (Decreto-lei n.º 151/2013).

Na continuidade do trabalho desenvolvido é pretendido também o título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC) atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Desta forma, para além das competências definidas no plano de estudos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) para este curso de mestrado, são tidas em conta as competências preconizadas nos descritores de *Dublin* para o 2º ciclo de formação e as competências comuns e específicas do EEEPSC definidas pela OE.

A atribuição do título de enfermeiro especialista (EE) “reconhece competência científica, técnica e humana aos enfermeiros para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem” (Regulamento nº 166/2011, p. 11113). A área específica dos cuidados à PSC é considerada “altamente qualificada, prestada de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento nº 361/2015, p.17241).

Benner considera o EE um perito que deve dominar o conhecimento, fundamentado e aprofundado pelo conhecimento concreto da situação, contextualizando-o de forma a possibilitar a prestação de um cuidado individualizado numa perspetiva holística (Benner, 2001). É pretendido, pois, o questionamento e a procura de um sentido para melhorar a prática de cuidados diária aperfeiçoando o saber-ser e o saber-fazer, desenvolvendo “o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (Benner, 2001, p.14).

Salvaguarda-se que, ao longo do percurso profissional em Urgência Pediátrica (UP), e dado o gosto particular pela emergência médica em pediatria, têm vindo a ser analisadas pela estudante, conjuntamente com os pares, algumas das principais lacunas existentes no serviço onde são exercidas funções, sobretudo no que concerne à sala de reanimação. Partindo da observação efetuada e das conversas não formais com os pares, tomou-se conhecimento que: a sala de reanimação tem um número reduzido de ativações por ano (em 2015, um total de 22 ativações referentes à prioridade vermelha na triagem de *Manchester*); os elementos da equipa não têm funções pré-definidas na sala de reanimação; são notórias as falhas de comunicação entre a equipa multidisciplinar em situações de emergência, bem como existe alguma dificuldade na elaboração dos cálculos das dosagens terapêuticas e na seleção do material necessário em situação de emergência.

Com a pesquisa bibliográfica, a análise das práticas, bem como com as visitas a serviços selecionados em contexto de trabalho de campo, complementadas com as opiniões de vários elementos da equipa multidisciplinar do hospital de origem, foi possível aferir que os Doentes Críticos Pediátricos (DCP) carecem de maior

segurança nos diversos procedimentos que estão inerentes à sua estabilização inicial em situação de emergência.

Dado o interesse na área em causa e a crescente preocupação com a qualidade dos cuidados de enfermagem, o tema «segurança terapêutica do DCP em situação de emergência: intervenção especializada de enfermagem» foi finalmente traçado neste percurso pelo CMEPSC.

Terapêutico é, pois, “parte da medicina que estuda e põe em prática os meios adequados para aliviar ou curar os doentes” (Ferreira, 2004). Assim sendo, considera-se como terapêutico tudo o que está relacionado com a medicação e o equipamento que visa a estabilização hemodinâmica do doente crítico (DC).

No sentido de justificar pertinentemente o tema do projeto e de consolidar as ideias provenientes do quotidiano profissional, foi desenvolvida uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que forneceu uma compreensão mais abrangente do fenómeno (Whittemore & Knafl, 2005). Uma RIL consiste, pois, em fazer um inventário e exame crítico de um conjunto de publicações pertinentes sobre um determinado domínio de investigação, fornecendo ao investigador a matéria essencial à concetualização da investigação (Fortin, 1996).

A leitura de artigos sobre o tema contribuiu para gerar a questão de investigação que sustentou todo o percurso: «quais as intervenções de enfermagem especializadas promotoras de maior segurança terapêutica do DCP em situação de emergência?». Partindo desta última, a pesquisa bibliográfica foi iniciada em 2016 e prosseguiu por 2017, no motor de busca EBSCO, nas bases de dados *Medline* e *Cinahl*, onde foram inseridos os principais descritores adequados a cada uma das bases de dados, conforme a mnemónica PCC. Foram utilizados os operadores booleanos *or* e *and* na articulação entre os diversos descritores e selecionados os artigos em texto integral dos últimos 5 anos.

Foi possível, desta forma, selecionar um conjunto de artigos partindo da leitura dos títulos e, posteriormente, dos respetivos *abstract*, culminando no número final de artigos que foram analisados na íntegra e cujo conteúdo ajuda a sustentar os resultados que aqui são apresentados. Apresentam-se, em apêndice (apêndice I e apêndice II), as tabelas referentes ao histórico de pesquisa em cada uma das referidas bases de dados. Foram consultados também, permanentemente, decretos-lei,

despachos e regulamentos do Diário da República, normas e *guidelines* existentes em sites fidedignos nacionais e internacionais e outra literatura.

Indubitavelmente a melhoria da segurança dos doentes é responsabilidade da equipa multidisciplinar, sendo fulcral a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, evitando incidentes evitáveis e suscetíveis de comprometerem a própria qualidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Despacho n.º 1400-A/2015, p.3882). Os enfermeiros têm responsabilidade acrescida no seio da equipa, devendo zelar pela melhoria da prestação segura dos cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade.

No caso concreto do DCP, é sabido que o cuidado a estes doentes é particularmente stressante, sendo essa uma das principais agravantes em contexto de emergência. Conhecem-se outros fatores importantes, como sejam o conhecimento inadequado da medicação e das doses pediátricas e o manuseamento do equipamento (Root, 2007). A diminuição da segurança na utilização dos medicamentos pode resultar em sérias consequências para o doente e para a sua família, como gerar incapacidades, prolongar o tempo de internamento e de recuperação, expor o doente a um maior número de medidas terapêuticas, atrasar ou impedir que reassumam as suas funções sociais e até mesmo a morte (Harada, Chanes, Kusahara & Pedreira, 2012). Acrescentam-se ainda os impactos nos *outcomes* das intervenções de enfermagem e no próprio sistema de saúde (Sears, O'Brien-Pallas, Stevens & Murphy, 2013).

Betty Neuman encara o doente como um sistema, em que dele fazem parte indivíduo, família e comunidade, sendo diagnosticados os fatores de *stress* que causam instabilidade no sistema. As intervenções especializadas de enfermagem têm lugar quer na fase de desequilíbrio (potenciando os recursos do doente e família para que atinjam novamente o equilíbrio do seu sistema), quer na fase de equilíbrio (permitindo ao doente manter a homeostasia por um período de tempo mais prolongado). No fundo, o enfermeiro está permanentemente em interação recíproca com o doente, sua família, comunidade e o próprio sistema organizacional onde se insere (Neuman, 1995).

Este é sem dúvida o modelo que está na base do cuidado diário da estudante, guiando o seu pensamento e a prática de cuidados. As crianças e os seus pais são permanentemente afetados por fatores de *stress* que destabilizam o seu ambiente,

seja pelo processo de doença, seja pela perda de papéis aos quais estão habituados no dia-a-dia. São procuradas, constantemente, intervenções que ajudem o doente e a sua família a encontrar a homeostasia, intervindo em situações mais críticas que permitam a sua estabilização hemodinâmica, mas também a nível primário, diagnosticando e/ou evitando situações prejudiciais ao doente e à sua família, por meio do ensino.

Desta forma, foi definido como objetivo geral do estágio: desenvolver conhecimentos e competências especializadas de enfermagem na garantia da segurança do DCP em contexto de UP e de Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Delinearam-se, pois, como objetivos específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao DCP e à sua família;
- Demonstrar a aquisição de competências relacionais e comunicacionais com o DCP e a sua família;
- Demonstrar a aquisição de competências éticas e legais no cuidado ao DCP e à sua família;
- Aplicar os princípios de prevenção e controlo de infeção no cuidado ao DCP e à sua família.

São descritos neste relatório os cuidados de enfermagem especializados prestados à luz da evidência científica nos contextos selecionados para a realização do estágio, tendo-se assumido um conjunto de atividades com vista ao desenvolvimento das competências do enfermeiro mestre em PSC.

Este trabalho divide-se em três capítulos. Inicia-se com a contextualização teórica, onde é apresentado o tema do relatório, baseado na evidência científica sustentada pela RIL efetuada; no segundo capítulo é exposto o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem, no decurso do estágio em UP e UCIP, numa lógica de articulação teórico-prática; no terceiro capítulo apresentam-se as considerações finais, onde se reflete sobre as aprendizagens, o enriquecimento de todo este percurso e os projetos em vista pela estudante no sentido da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Este relatório obedece às normas bibliográficas e ao estilo de escrita do formato da *American Psychological Association* (APA).

1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

O tema segurança do doente é essencial no setor da saúde, estando intimamente ligado à qualidade dos cuidados. A qualidade e a segurança no sistema de saúde é, pois, uma obrigação ética, contribuindo “para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados” (Despacho nº 5613/2015, p. 13551).

Sublinha-se, pois, a necessidade, por parte da equipa multidisciplinar, de uma gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, garantindo a maior segurança possível dos doentes e evitando incidentes que podem ser prejudiciais para os mesmos e para o próprio SNS.

Neste âmbito e considerando o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, que visa atingir objetivos estratégicos específicos para a garantia de maior segurança dos doentes cuidados, este percurso foca sobretudo o aumento da segurança na utilização da medicação e equipamento e o aumento da segurança da comunicação em situações de emergência, no cuidado ao DCP.

Apesar do fim benéfico a que se destina, o medicamento pode apresentar efeitos colaterais ou reações medicamentosas, existindo a possibilidade de ocorrência de incidentes. O sistema nacional de notificação de incidentes demonstra que cerca de 13% do total de incidentes notificados são incidentes de medicação, devendo-se muitas vezes a práticas pouco seguras na utilização da medicação. São, portanto, cruciais medidas de prevenção e estratégias que garantam o uso seguro dos medicamentos de alto risco, o que poderá implicar mudanças organizacionais e comportamentais, quer dos profissionais, quer das instituições envolvidas (Despacho n.º 1400-A/2015).

No que concerne à preocupação com a segurança da comunicação, esta última deve ser garantida pelas instituições de saúde, sobretudo nos casos das transições como sejam as mudanças de turno e as transferências ou altas dos doentes, evitando lacunas que podem causar incidentes graves na continuidade dos cuidados e no tratamento adequado dos doentes (Despacho n.º 1400-A/2015). Através de uma comunicação segura entre os profissionais envolvidos nos mais diversos procedimentos ao DC, a probabilidade de ocorrência de erro é diminuta.

A *Joint Commission* identifica a comunicação como um fator de topo na ocorrência de incidentes de medicação. Uma comunicação efetiva aliada ao trabalho de equipa são componentes fulcrais à prática de enfermagem, sendo essencial a atenção aos detalhes, que minimizam a ocorrência de erro (Browne, 2014). Fatores como o *stress*, a distração e problemas de comunicação podem estar na origem de incidentes durante a prestação de cuidados de enfermagem. São importantes, portanto, linguagem e rotinas estandardizadas para reduzir a prevalência de incidentes (Popovich, 2011).

O processo de administração de medicação é, portanto, complexo e são vários os aspetos conducentes ao erro, pelo que a prevalência de incidentes terapêuticos é um dos motivos de preocupação no que concerne à definição deste tema.

Os doentes pediátricos corresponderam, em 2010, a 17,4% da afluência dos Serviços de Urgência (SU) nos Estados Unidos da América. Doentes com necessidades emergentes, urgentes e não urgentes de cuidados, encheram os SU. Por esse motivo, são essenciais programas de melhoria da qualidade, métodos de redução do erro e de redução dos custos que melhorem a segurança e, em última instância, os *outcomes* dos doentes (Macias, 2013). São sugeridas, pelos autores, atividades que melhorem a comunicação entre os enfermeiros, os conhecimentos acerca das drogas e a consciência do risco de erro, mostrando-se eficazes na redução do erro e sua gravidade potencial para o doente (Alagha, Badary, Ibrahim & Sabri, 2011).

Em doentes pediátricos, os incidentes no cálculo das doses de medicação são particularmente comuns, sendo as crianças “suscetíveis a experienciar um erro terapêutico, dada a variação de peso, área corporal e maturidade orgânica, o que afeta o metabolismo e excreção efetiva dos medicamentos” (Manias, Kinney, Cranswick, & Williams, 2014, p. 71). Segundo os mesmos autores, no que concerne à prevalência do incidente de medicação, comparando a população adulta e pediátrica, constata-se 3.2 a 32.3 incidentes de medicação/100 admissões hospitalares em adultos; já em crianças são frequentes 2.4 a 44.3 incidentes de medicação/100 admissões hospitalares, destacando-se a dose ou a quantidade imprópria como os tipos comuns de incidentes de medicação em crianças (Manias et al., 2014).

Os serviços de urgência são áreas particularmente propensas à ocorrência de incidentes, muito devido à complexidade do ambiente, ao elevado número de distrações e à necessidade de cálculos implícita à prescrição e administração medicamentosa. Os estudos revelam uma média de 9 a 31 incidentes de prescrição por cada 100 admissões nas UP, sendo que se destacam os incidentes de cálculo que concedem incidentes na dosagem de medicação administrada, os incidentes na estimativa de peso e a medicação errada (Shaw, Lillis, Ruddy, Mahajan, Lichenstein, Olsen & Chamberlain, 2012).

Outros autores defendem também o supramencionado, destacando que os SU são áreas particularmente vulneráveis à ocorrência de incidentes de medicação, com 10 a 12% de taxa de incidentes de prescrição (Sethuraman, Kannikeswaran, Murray, Zidan, & Chamberlain, 2015). O cuidado simultâneo a um aglomerado de crianças doentes, as frequentes interrupções, as limitações de tempo e a ocorrência de diagnósticos críticos com informação limitada sobre os doentes contribuem para um aumento do risco de erro médico nestes serviços (Depinet, Iyer, Hornung, Timm & Byczkowski, 2014).

Merry e Anderson (2011) destacam como causas responsáveis pela ocorrência de incidentes terapêuticos no cuidado aos doentes pediátricos: a falta de formulações pediátricas e/ou apresentações de medicação que necessitam de diluição antes da administração endovenosa, as formulações endovenosas com possibilidade de serem administradas por via oral em crianças e a dificuldade em obter o peso exato dos doentes (Merry & Anderson, 2011). Um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes de medicação em crianças é o erro da dose, que advém da complexidade dos cálculos necessários “uma vez que as características de absorção, distribuição, metabolismo e excreção de drogas diferem entre recém-nascido, adolescente e adulto” (Harada et al, 2012, p. 640).

São também destacados fatores relacionados com a carga de trabalho (fadiga, distração, pressa e múltiplos elementos nos departamentos de emergência), com a preparação dos profissionais (treino insuficiente, inexperiência e déficit de conhecimento) e com a comunicação (comunicação ineficaz, falta de informação e/ou documentação, passagem de informação sobre os doentes deficiente e barreiras de comunicação) (Browne, 2014) (Sears et al., 2013). Os mesmos autores dão especial relevância à carga aumentada de trabalho dos enfermeiros e ao próprio ambiente de

cuidados, como fatores propiciadores da ocorrência de incidentes de administração de medicação (Sears et al., 2013)

É, assim notório, que melhores práticas na administração de medicação se prendem com a criação de estratégias padronizadas individuais e grupais, cuja responsabilidade de implementação é das instituições de saúde (Merry & Anderson, 2011). Devem ser, portanto, promovidas mudanças na cultura organizacional que permitam a reestruturação de processos e a implementação de estratégias de segurança (Harada et al., 2012).

Os autores sugerem um conjunto de princípios da segurança do doente em pediatria, destacando-se: atuar em equipa a fim de criar ambientes de prática seguros e prevenir a ocorrência de incidentes; relevar a segurança do doente, a prevenção do erro e a elaboração de sistemas para identificação do erro; explorar os problemas relacionados com os incidentes no cálculo das doses em pediatria; implementar práticas seguras de medicação com base em recomendações científicas; conduzir pesquisas de análise dos incidentes em pediatria e identificar estratégias de intervenção (Harada et al., 2012)

No sentido de garantir uma prestação de cuidados segura e a melhoria do cuidado ao DCP, sobretudo em situações de emergência, o treino em equipa com simulações regulares é também destacado na literatura. Estes programas de simulação demonstram um efeito benéfico na eficácia da ressuscitação (Schaik, Plant, Diane, Tsang & Sullivan, 2011). O uso da simulação de situações emergentes fornece um treino regular e repetido para enfermeiros que, pela melhoria estatisticamente significativa na confiança posterior ao treino, cada vez se tornam mais qualificados na gestão dos cuidados emergentes em pediatria (Dowson, Russ, Sevdaiis, Cooper & Munter, 2013).

Por último, omitir o erro pode desencadear consequências desastrosas. Por esse motivo, registar os eventos adversos relacionados com a medicação é o primeiro passo no acesso à qualidade e à segurança dos cuidados, sendo fulcral a existência de sistemas de notificação de incidentes a nível hospitalar (Starre, Dijk & Tibboel, 2012). No fundo, o pretendido é um ambiente que encare as falhas do sistema na globalidade e não individualmente, ajudando todos a aprender com os incidentes cometidos. Os autores sugerem que, “uma vez detetado o erro, é essencial analisar a

sua etiologia, permitindo a conceção, implementação e o acesso a estratégias preventivas” (Kaushal, Jaggi, Walsh, Fortescue & Bates, 2004, p. 77).

A *Joint Commission* salienta que a prevenção de incidentes nos eventos dirigidos aos doentes, conhecidos como eventos sentinela, é um objetivo fundamental à segurança do doente. Requer, pois, que as instituições reportem os eventos sentinela e realizem uma análise das possíveis causas de erro (Browne, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve uma abordagem para melhorar a segurança do doente, utilizando um modelo de parceria, no qual as equipas concordam em trabalhar juntas para melhorar a segurança do doente. Começando por serem avaliadas as necessidades, analisam-se posteriormente as lacunas existentes, estabelecendo-se prioridades que são posteriormente traduzidas num plano de ação. Após a considerações finais e aprovação do plano de parceria nos hospitais, são iniciadas as atividades para melhorar a segurança do doente. São permanentemente realizadas reuniões e discussões entre os parceiros, realizando-se relatórios que culminam numa avaliação anual (OMS, 2012).

É defendida, ainda, a necessidade aumentada de estudos de investigação que suportem a necessidade da dupla verificação da medicação a prescrever e a administrar, bem como que identifiquem a existência ou não de novos tipos de incidentes. Sugerem ainda pré e pós auditorias que meçam a eficácia das intervenções promotoras da redução do erro (Wong, 2010).

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM

Tendo em consideração o tema selecionado, escolheram-se quatro serviços para desenvolver um conjunto de competências preconizadas no ciclo de estudos da ESEL, com vista à obtenção do grau de mestre em PSC: dois em contexto de UP e dois em contexto de UCIP. Dada a experiência maioritária da estudante em UP, definiu-se um maior número de horas em contexto de UCIP, mas por indisponibilidade dos serviços, o número de horas foi equivalente em cada um dos contextos. Realizaram-se, portanto, seis semanas de estágio numa UP do sul do país (UP1), seguidas de duas semanas numa UP do norte do país (UP2). Posteriormente, o estágio estendeu-se por oito semanas em UCIP, sendo que duas delas foram no norte do país (UCIP2) e as restantes seis numa UCIP do sul do país (UCIP1). É apresentado em apêndice (apêndice III) o respetivo cronograma de estágio.

Neste subcapítulo é exposto o percurso de estágio, fazendo-se um breve enquadramento de cada um dos contextos e descrevendo-se, posteriormente, as atividades desenvolvidas com base nos objetivos inicialmente definidos em plano de atividades (apêndice IV); por último, são apresentadas as dificuldades sentidas e as estratégias tidas em consideração para as ultrapassar.

Como anteriormente referido, definiu-se como objetivo geral do estágio: desenvolver conhecimentos e competências especializadas de enfermagem na garantia da segurança do DCP em contexto de UP e de UCIP. Para tal, enumeraram-se um conjunto de objetivos específicos, como sejam:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao DCP e à sua família;
- Demonstrar a aquisição de competências relacionais e comunicacionais com o DCP e a sua família;
- Demonstrar a aquisição de competências éticas e legais no cuidado ao DCP e à sua família;
- Aplicar os princípios de prevenção e controlo de infeção no cuidado ao DCP e à sua família.

Primeiramente, foi essencial a realização de pesquisa bibliográfica que ajudasse a fundamentar a seleção da temática e a melhorar o conhecimento

relacionado com a mesma. De facto, é considerado como imprescindível um domínio por parte do enfermeiro especializado do tema a que se propõe desenvolver, capacitando-se para expor com clareza e argumentar os resultados do próprio raciocínio, abordando questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador (ESEL, 2010). A pesquisa bibliográfica foi, assim, realizada no decorrer de todo o percurso académico por este curso de mestrado, tendo sido sempre solicitada a opinião do professor orientador. Isso permitiu um aumento de conhecimento e um domínio relativamente ao tema em causa. De facto, “o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos científicos e a investigações fundadas sobre a teoria e pelo registo do “saber fazer” existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina” (Benner, 2001, p. 32). Optou-se por compilar as pesquisas num portefólio, o que permitiu a consulta sempre que necessário da informação mais pertinente e servirá de apoio em necessidades futuras.

A participação em congressos científicos (XIV Congresso Nacional de Emergência e *Status 5*) também permitiu alargar o conhecimento relativamente a temas importantes e relacionados com o projeto, tendo sido uma mais-valia para a estudante. Das principais conclusões retiradas, destacam-se:

- «Comunicação em emergência» onde foi dado ênfase à partilha, em equipa multidisciplinar, dos sentimentos individuais face às várias situações emergentes, das decisões em equipa relevando a comunicação em circuito fechado e da importância de o *team leader* distribuir tarefas previamente à ocorrência das situações (preferencialmente no início de cada turno);

- «Simulação biomédica em emergência», onde foi partilhada bibliografia que sustenta a ideia de que a simulação em emergência garante maior segurança do doente, pois permite treino e certificação de competências e capacidades, treino de técnicas de trabalho de equipa e melhoria da comunicação; torna as equipas mais confiantes após cada treino, qualificando cada vez mais os profissionais envolvidos, na gestão dos cuidados emergentes (Milkins, Moore, & Spiteri, 2014);

- «Reanimação de um grande queimado», onde foi possibilitada à estudante uma comparação do referido na literatura mais recente com o praticado no hospital de origem, permitindo-lhe melhorar práticas no serviço de origem no que diz respeito à correta abordagem ao doente pediátrico queimado;

- «Emergências respiratórias em idade pediátrica», uma área muito frequente na UP de origem e cuja abordagem nestes congressos permitiu relembrar conceitos e intervenções, sobretudo relacionados com ventilação invasiva e não invasiva.

Sendo a área de UCIP aquela em que a estudante não tem experiência profissional, é também aquela onde foram sentidas mais dificuldades em termos de conhecimento teórico. Por este motivo, a necessidade permanente de consulta da bibliografia compilada ao longo do curso de mestrado permitiu alargar o conhecimento e sentir maior confiança na prestação de cuidados ao DCP em contexto de UCIP. Ao longo do estágio foi sendo demonstrado conhecimento aprofundado numa área específica da Enfermagem e mobilizados com rigor os dados resultantes da investigação, procurando contribuir para o crescimento de cada um dos serviços e da estudante em particular (ESEL, 2010).

As idas aos contextos e as conversas não formais com os enfermeiros-chefes acerca do tema do projeto complementaram a necessidade de desenvolver estágio nos serviços posteriormente selecionados. Foi particularmente interessante perceber, numa das UP de um hospital do sul do país, a organização da equipa multidisciplinar na sala de reanimação: neste local, a equipa tem previamente funções definidas, sendo que um dos enfermeiros se responsabiliza pelo registo das ocorrências (equipamento utilizado, medicação administrada e respetivos horários). Infelizmente, não foi possível a aceitação de estágio no serviço em causa, tendo sido necessária, com o auxílio do professor orientador, a seleção de outra UP no sul do país para a realização das seis semanas de estágio.

Foi igualmente relevante perceber, numa das UCIP de um hospital do sul do país, a existência de simulações mensais em equipa multidisciplinar, referentes à utilização do carro de urgência, segundo dados referidos pelo enfermeiro-chefe. Acrescentou ainda que as simulações mensais surgiram da necessidade encontrada pela equipa de melhorar a prestação de cuidados dos seus elementos em situações de emergência, elementos estes muito jovens e inexperientes em cuidados intensivos. Já numa UCIP de um hospital do norte do país foi relevada, pelo enfermeiro-chefe, a capacidade aumentada de atuação dos enfermeiros em situações emergentes, tendo sido igualmente referido que é a equipa de médicos da UCIP quem presta cuidados imediatos ao doente em sala de reanimação da UP, em conjunto com uma equipa específica de enfermeiros da respetiva UP. Por esse motivo e, sendo gosto pessoal

da estudante conhecer a realidade do norte do país, foi sugerida, pelo enfermeiro-chefe dos respectivos serviços de UP e de UCIP, a realização de estágio também em UCIP.

O desenho do percurso pelo terceiro semestre do curso de mestrado culminou no projeto de estágio que foi validado junto do professor orientador, onde os objetivos e as atividades a desenvolver em cada contexto foram devidamente delineados. Tal atividade permitiu maior preparação da estudante para o percurso de estágio, tendo sido facilitadora, à chegada aos serviços, a discussão com cada um dos enfermeiros orientadores dos pontos previamente definidos e a sua possível aplicabilidade nos contextos.

Uma vez que um dos intuitos ao ingressar no curso de mestrado se prendia com a melhoria dos cuidados prestados no serviço de origem, e por, ao longo dos anos, em conversas tidas com os pares, terem sido percecionadas lacunas na área da segurança terapêutica do DCP em situação de emergência, foram procuradas melhorias no serviço de origem em paralelo à realização dos estágios. Realizou-se primeiramente uma formação à equipa de enfermagem da UP onde são exercidas funções, em outubro de 2016 (apêndice V). Nesta formação, onde estiveram presentes 19 elementos da equipa de enfermagem, o objetivo prendia-se com a exposição do tema e a obtenção do *feedback* dos colegas relativamente ao mesmo. Foram sugeridas opções de melhoria que se tornaram úteis na estruturação do pensamento da estudante, permitindo-lhe iniciar projetos coerentes no serviço de origem e relacionados com o tema selecionado, indo assim ao encontro das competências preconizadas pela ESEL para o CMEPSC (ESEL, 2010). Com as sugestões obtidas na formação em causa foram definidas algumas alterações, que consistiram na elaboração dos seguintes documentos:

- Instrução de trabalho referente às responsabilidades no que concerne à verificação diária da operacionalidade da sala de reanimação, a realizar por um dos enfermeiros distribuído no turno da manhã (apêndice VI);

- Instrução de trabalho referente à verificação e *stock* do material do carro de apoio à reanimação (apêndice VII);

- Escala de reposição / revisão mensal do carro de apoio à reanimação, onde constam os meses do ano e respetivo Assistente Operacional (AO) que efetua a verificação mensal do carro de apoio à reanimação, com supervisão de enfermagem

(apêndice VIII). De acrescentar que, sempre que este carro seja utilizado, será repostado e verificado por um dos AO, com supervisão de um enfermeiro, que se responsabiliza por assinar a folha de utilização e de reposição do mesmo.

A partilha de conhecimento e experiências tem sido, assim, ao longo do percurso profissional da estudante um aspeto a realçar. Como tal, no I Congresso Internacional Gestão da Transição Segura, decorrido a 11 de novembro de 2016 apresentou-se uma comunicação livre com o tema “a segurança terapêutica do DCP em situação de emergência: intervenção especializada de enfermagem” (apêndice X). Neste momento foi partilhado conhecimento oriundo da RIL até então efetuada, bem como de dados referentes ao ano de 2015 no que diz respeito ao número de ativações da sala de reanimação da UP do hospital de origem, tendo sido recolhidas opiniões e sugestões úteis ao desenvolvimento do projeto.

A reflexão é um dos aspetos fulcrais à melhoria do comportamento e da aprendizagem pelo que procurou-se refletir diariamente a prática de cuidados, em conjunto com os enfermeiros e o professor orientador. Recorreu-se à opinião destes peritos, validando as intervenções e possíveis aspetos de melhoria, o que permitiu um crescimento gradual no que às competências definidas concerne. Tal prática permitiu à estudante considerar os aspetos importantes a melhorar, bem como foi facilitadora no ultrapassar de um conjunto de dificuldades sentidas. Foi sendo permitida, assim, uma maior preparação para o debate referente à temática em causa, estando-se a evoluir em termos de conhecimento e competência, de um estadió de enfermeira proficiente a enfermeira perita (Benner, 2001). As situações são percecionadas na globalidade e não em termos de aspetos isolados, fundamentando-se teoricamente a intervenção diária e guiando-se as ações com base na experiência detida.

Neste seguimento, foram identificadas as necessidades formativas não só da equipa do hospital de origem, mas também das equipas multidisciplinares dos locais onde foram realizados estágios, planeando-se estratégias promotoras de melhoria da qualidade, sobretudo com opiniões e sugestões baseadas no conhecimento científico detido. Dada a experiência em UP, ao longo dos estágios procurou-se contribuir com o conhecimento e a experiência pessoais, para a melhoria contínua dos serviços, no que respeita a áreas específicas. Elaboraram-se, pois, projetos coerentes nos serviços de estágio, relacionados com a temática do projeto ou com as necessidades identificadas em cada serviço (ESEL, 2010). Mesmo em UCIP, apesar de não ser a

área profissional de eleição, foram encontradas necessidades de atuação em conjunto com os enfermeiros orientadores e os respetivos enfermeiros-chefes.

Na UP1, em entrevista não formal com o enfermeiro-chefe, identificou-se a necessidade de construção de uma proposta de *checklist* de transporte intra-hospitalar do doente pediátrico (apêndice XI), que ficou na posse do serviço para aprovação superior, uma vez que, até então, todo o doente presente na UP e que carecia de realização de exames complementares de diagnóstico era transportado por AO. Com a *checklist* é permitido ao enfermeiro salvaguardar-se de possíveis complicações ocorridas no transporte, bem como garantir maior segurança do doente que é transportado com pessoal qualificado conforme a sua situação de saúde.

Aquando da passagem pelo norte do país, foi sendo percecionado, em conversa não formal com alguns dos prestadores informais de cuidados de saúde das crianças, necessidades de aumento de conhecimento relativamente às principais patologias que são motivo de ida à UP. Dessa forma, foram elaboradas informações úteis a serem entregues a esses prestadores informais de cuidados, com as patologias mais frequentes no serviço. Estes documentos encontram-se na posse do enfermeiro-chefe, com vista a aprovação superior.

Também nesta UP2, se destaca a notada ausência de identificação nos doentes, pelo que foram elaboradas etiquetas de identificação a serem colocadas primeiramente nas camas do SO (apêndice XII), para posterior possibilidade de ser alargada tal prática à UP na globalidade. Tais etiquetas serão também alargadas à UCIP2, uma vez que o enfermeiro-chefe mostrou interesse em fazê-lo. De facto, é pretendido que “o medicamento correto seja administrado ao doente correto, na dose e vias corretas e à hora certa e que os efeitos que se verifiquem sejam os previstos, devendo o doente receber a informação adequada e necessária sobre o medicamento e o tratamento a efetuar” (Despacho n.º 1400-A/2015, p.3882(5)). É, portanto, da responsabilidade do pessoal envolvido na prestação dos cuidados de saúde confirmar que os presta ao doente certo, sendo imprescindível a dupla confirmação da identidade de cada criança (nome e data de nascimento ou nome e número de processo).

Da mesma forma, também na UCIP2 foi sentida como necessidade a elaboração de um impresso de colheita de dados das crianças (apêndice XIII), tendo este sido elaborado pela estudante, com o apoio do enfermeiro orientador, e iniciada

a sua utilização no decorrer do estágio. Faz agora parte do processo de cada criança, no momento de admissão no serviço, a realização da colheita de dados. Tal prática é muito vantajosa, permitindo maior conhecimento do historial de cada criança e despistando-se informação que é essencial ao decorrer de todo o processo de internamento. A mencionar também que foi sugerido pelo enfermeiro-chefe da UCIP2 o alargamento de tal impresso ao SO da UP, pelo que foi construído também um impresso de colheita de dados das crianças em SO, devidamente adaptado ao serviço em causa (apêndice XIV). É sabido que o processo de enfermagem se inicia pela fase de avaliação inicial, crucial à definição dos diagnósticos e intervenções de enfermagem que serão posteriormente avaliados numa lógica de parceria em equipa multidisciplinar e com o doente/prestador informal de cuidados de saúde.

2.1.1. Serviço de Urgência Pediátrica

No âmbito de UP, selecionaram-se dois serviços considerados como mais benéficos em termos de aprendizagem e contacto com experiências inovadoras, com vista ao desenvolvimento de competências essenciais ao enfermeiro mestre em PSC. Os serviços são apresentados como UP1 (UP de um hospital do sul do país) e UP2 (UP de um hospital do norte do país).

Ambas as UP abrangem uma população com idade compreendida entre os 0 e os 17 anos e 364 dias, sendo imprescindível a presença permanente de um acompanhante com cada doente. No entanto, os doentes ficam muitas vezes sem acompanhante, segundo os enfermeiros-chefes, se institucionalizados ou se o prestador informal de cuidados por algum motivo superior e ausência de outro elemento maior de 18 anos, não puder ficar junto da criança.

Segundo dados referidos pelos enfermeiros-chefes, cada uma das UP conta com uma afluência de 200 a 300 doentes por dia, sendo que, em semelhança ao ocorrido em muitas UP do país, se tem verificado anualmente um aumento do número de doentes. A Comissão Nacional de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência (CNRRNEU) destaca que a grande percentagem das situações que ocorrem às UP não é considerada doença, ou são situações cuja resposta podia ter sido eficaz no âmbito de Cuidados de Saúde Primários (CSP) (CNRRNEU, 2012). De facto, a CNRRNEU entende urgência como “um processo que exige intervenção

de avaliação e/ou correção (curativa ou paliativa) em curto espaço de tempo” (CNRRNEU, 2012, p.8). No entanto, o que se assiste é a um conjunto de expectativas e comportamentos por parte da população portuguesa, face aos SU, que assentam em princípios de bem-estar, atenção imediata e disponibilidade. O que, aliado à resposta ineficaz e não direcionada dos CSP e à falta de informação dos doentes em termos de alternativas ao SU, leva a um entupimento dos SU portugueses (Silva, 2009).

Estas UP abrangem um conjunto de áreas funcionais onde foram desenvolvidas competências: triagem, gabinetes de observação médica, sala de reanimação, sala de tratamentos, sala de pequena cirurgia, sala de aerossóis e SO (sala de observações ou internamento de curta duração). No que diz respeito à UP2, conhecem-se ainda a área laranja (destinada a situações muito urgentes), a sala de espera dos adolescentes (de forma a proporcionar-lhes maior privacidade dado o estadió em que se encontram) e a área de enfermagem, situada centralmente, cuja localização permite visualização mais abrangente do panorama da UP.

Fazendo referência ao rácio de enfermeiros, de destacar que, na UP1, o rácio estabelecido inicialmente como sendo o ideal para cumprir as dotações seguras não é possível ser cumprido, dada a escassez de recursos humanos, segundo dados referidos pelo enfermeiro-chefe. O mesmo acrescenta ainda que é aguardada autorização por parte do Ministério da Saúde para a contratação de mais enfermeiros para este hospital. Foi interessante perceber que o próprio chefe do serviço conta como elemento em diversos turnos, realizando, quando necessário, turnos da tarde ou da noite para fazer face às dificuldades existentes em termos de recursos humanos. Esse aspeto, aliado à postura dos enfermeiros, ajudou a perceber a importância que dão ao trabalho de equipa, o que torna cada turno muito mais facilitador em termos de carga física e psicológica para cada elemento.

Já na UP2 onde foram desenvolvidas duas semanas de estágio, o número de enfermeiros é considerado suficiente para suprimir as necessidades populacionais. É aqui de salientar a posição do chefe de equipa, o qual não tem posto de trabalho atribuído, servindo de apoio a qualquer necessidade burocrática da parte dos enfermeiros ou dos AO e colaborando na prestação de cuidados. É uma mais-valia para a equipa e o elemento de referência para qualquer dúvida existente.

Tendo em consideração o objetivo geral e os objetivos específicos do estágio, definidos em plano de atividades (apêndice IV), enunciam-se agora as principais atividades colocadas em prática pela estudante em âmbito de UP, com vista ao seu desenvolvimento.

Relativamente ao objetivo específico «**prestar cuidados de enfermagem ao DCP e à sua família**», primeiramente, foi dada ênfase à integração da estudante em cada uma das equipas das UP onde foi desenvolvido estágio pois qualquer entrada num serviço carece de uma integração na equipa multidisciplinar, o que por si só facilita o processo de estágio e o desenvolvimento de conhecimento e competências.

Os enfermeiros-chefes de cada um dos contextos acolheram e apresentaram a estudante à equipa multidisciplinar, bem como foi apresentada a estrutura física e organizacional de cada serviço. Consultaram-se as principais normas, protocolos e/ou instruções de trabalho existentes, detetando-se a existência de protocolos no âmbito do controlo de infeção e referentes à ativação e utilização do material em sala de reanimação. De referir que os restantes protocolos existentes se encontram desatualizados, com data de elaboração superior a oito anos. É aqui também que assenta a competência do enfermeiro especializado, na consciencialização da equipa multidisciplinar para a tomada de decisão e atuação conforme as *guidelines* mais recentes, propondo opções de melhoria ao enfermeiro orientador e aos enfermeiros-chefes.

Procurou-se perceber as auditorias clínicas efetuadas em cada uma das UP, notando-se que apenas na UP1 são realizadas auditorias referentes ao controlo e prevenção de infeção hospitalar e auditorias ao carro de urgência, ambas realizadas mensalmente por elementos específicos do hospital. Todos os restantes procedimentos executados não são auditados, como referiu o enfermeiro-chefe, uma vez que o hospital não é acreditado.

Uma outra atividade desenvolvida e essencial ao percurso de estágio foi o contacto com os sistemas informáticos em vigor em cada serviço, nomeadamente o sistema *Allert* e o sistema *J1*, ambos muito facilitadores, pois é possível uma rápida noção do historial da criança logo no momento de triagem, bem como é o mesmo sistema quer para notas médicas quer de enfermagem, sendo de fácil visualização. Por outro lado, é dificultador não ser o mesmo sistema utilizado nos serviços de internamento, uma vez que por vezes seria benéfico o acesso ao processo de

determinado doente internado, com vista à consulta da evolução do seu estado de saúde/doença, e tal não é possível sem ser contactado o serviço via telefónica. De facto, o Ministério da Saúde definiu como meta a atingir para o ano de 2020: “90% dos sistemas informáticos dos Serviços de Urgência e dos Serviços de Internamento das instituições hospitalares intercomunicam” (Despacho n.º 1400-A/2015, p.3882-(4)). Desta forma, considera-se o sistema *Glint* presente no hospital de origem, muito completo, uma vez que há esta mesma interligação de serviços via informática e a possibilidade de aceder ao processo das crianças internadas com vista ao acompanhamento da sua evolução clínica.

De referir que na UP2 o sistema adotado para o SO é o *J1* (em doentes com permanência inferior ou igual a 24h) e o *SClíníc* (em doentes cujo internamento ultrapasse as 24h, sendo considerado, a partir das 24h, doente de cuidados intermédios). Desta forma, os enfermeiros que estão a prestar cuidados em ambiente de sala de tratamentos ou pequena cirurgia, utilizando o sistema *J1*, não assistem aos momentos de passagem de turno e não acedem às notas clínicas referentes aos doentes presentes em SO. Isso é encarado como um aspeto limitativo, dada a importância de todos os elementos presentes na UP conhecerem os doentes que se encontram em SO, para o planeamento de intervenções adequadas em caso de necessidade de substituição do colega ou em caso de agravamento do estado geral de algum doente.

De salientar ainda o sistema destinado à manutenção e reposição da medicação, o sistema *Pyxis*, comum a ambos os serviços, muito facilitador e benéfico no que diz respeito ao controlo da medicação extraída, bem como à minimização do erro.

Houve também oportunidade de desenvolver uma outra atividade previamente pensada para o contexto de UP, nomeadamente conhecer o modelo de triagem adotado. É tida hoje a oportunidade de afirmar que são conhecidas três realidades diferentes. No hospital de origem encontra-se em vigor o modelo de triagem de *Manchester*. Na UP1 não existe, de momento, um modelo de triagem definido, dizendo respeito a um sistema criado no século XX pelos enfermeiros, dada a necessidade percebida em triar os doentes por prioridades. Desta forma, conforme a queixa que é referida pelo prestador informal de cuidados, as crianças são triadas como “situação urgente” (pulseira laranja) ou “situação não urgente” (pulseira verde). São ainda

consideradas como situações emergentes as que são imediatamente assistidas em sala de reanimação (apesar de não ser atribuída pulseira específica dada a inexistência de pulseira vermelha).

Por outro lado, na UP2, o modelo adotado é o Canadano, notoriamente uma referência em triagem em pediatria, dado permitir uma avaliação do doente pediátrico seguindo um conjunto de fluxogramas/discriminadores e tendo em consideração o triângulo de avaliação pediátrico. O enfermeiro identifica, em 3 a 5 segundos, as crianças que estão criticamente doentes ou em risco súbito de deterioração, concentrando-se na aparência, respiração e circulação. Desta forma, é possível aumentar o grau de prioridade do doente conforme a observação que é feita pelo enfermeiro e não somente pela queixa referida, o que muitas vezes não é possível com o modelo de triagem de *Manchester*.

Neste seguimento de integração em cada uma das equipas multidisciplinares, a observação dos cuidados prestados pela equipa, como supramencionado, foi uma das atividades imprescindíveis, com especial enfoque para as situações emergentes, o que permitiu aferir um conjunto de prós e contras em cada serviço, levando de cada um o melhor quer pessoal quer profissionalmente. Foi percebido que, na UP1, a sala de reanimação encontra-se preparada para a receção de situações emergentes, com o material necessário às principais intervenções técnicas devidamente acondicionado num tabuleiro presente numa mesa de apoio, bem como com o equipamento de monitorização cardiorrespiratória preparado para rápida utilização nas crianças em situação emergente. Tais práticas foram de tal forma facilitadoras nas situações vivenciadas, que foi proposta a sua adaptação à UP do hospital de origem, o que foi aceite pela enfermeira-chefe e pelo diretor clínico e colocado em prática em equipa.

Segundo alguns dos enfermeiros da UP1, sendo a equipa muito jovem, tem dificuldade na organização dentro da sala de reanimação, destacando-se os elementos mais experientes para posições específicas, nomeadamente o chefe de equipa e o elemento que o apoia. Não existem funções pré-definidas nem um elemento especificamente destinado à anotação dos acontecimentos dentro da sala.

Já a UP2 contém uma sala de reanimação composta por duas macas, devidamente preparada com todo o material organizado conforme a mnemónica ABCDE, material de ventilação e soluções parentéricas preparadas em cada turno da

manhã, com vista à rápida utilização em caso de necessidade. É a equipa de enfermagem do SU (chefe de equipa e dois enfermeiros com mais tempo de experiência profissional presentes no turno) e a equipa médica de pediatria intensiva quem se dirige à sala de reanimação. De notar como vantagem o facto de neste serviço o chefe de equipa não estar diretamente distribuído na prestação de cuidados, mas sim como externo e a apoiar os colegas nos vários postos definidos. Esta organização permite-lhes maior confiança no trabalho realizado, bem como maior sucesso na atuação em sala de reanimação. Apesar da inexistência de funções previamente definidas, é notada muita capacidade de atuação e organização em reanimação nesta segunda equipa, dado o maior número de situações emergentes.

Neste âmbito de integração e atuação em equipa multidisciplinar fez sentido perceber também a interligação da UP com o pré-hospitalar, sendo que há uma comunicação prévia por parte do Centro de Orientação de Doentes Urgentes relativamente às situações emergentes que surgirão em cada uma das UP, o que permite uma organização e preparação prévias da equipa, mostrando-se muito facilitador e diminuindo o *stress* e ansiedade característicos ao cuidado com DCP.

Foi igualmente interessante conhecer a interligação da UP com os restantes serviços de ambos os hospitais, nomeadamente com o bloco operatório e os serviços de internamento. Na UP1, as crianças que estão na UP e têm indicação para intervenção cirúrgica ou para internamento são sempre transferidas com enfermeiro e AO e a passagem dos dados é feita no serviço de destino. Na UP2, os doentes são transferidos para o internamento na companhia de AO, sem enfermeiro (o enfermeiro passa os dados referentes ao doente via telefónica ao colega do internamento), exceto em caso de transferência para a UCIP, na qual o enfermeiro da UP está sempre presente e é na unidade que, depois de estabilizado o doente, faz a passagem adequada dos dados ao colega; relativamente a transferências para intervenção cirúrgica, a passagem dos dados é feita também via telefónica e o AO encarrega-se do transporte da criança.

Ambas as UP só fazem transferências de doentes para outros hospitais por motivo de área de residência, após estabilização primária. Contudo, estando permanentemente presentes as várias especialidades pediátricas, recebem doentes vindos não somente do exterior, mas também de outros hospitais com o objetivo de observação por especialidades. Quando assim é, as crianças vêm acompanhadas do

prestador informal de cuidados com carta de transferência médica e de enfermagem (se crianças estáveis) ou de enfermeiro, com ou sem médico, conforme o seu grau de gravidade.

A partir da observação efetuada, foi dado uso ao processo de enfermagem: planejaram-se, executaram-se e avaliaram-se os cuidados de enfermagem especializados prestados, sempre em conjunto com o enfermeiro orientador. Cuidou-se, portanto, da criança a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, gerindo os cuidados, otimizando a resposta de enfermagem e a articulação na equipa multidisciplinar (ESEL, 2010).

O modelo teórico que tem guiado a prática da estudante ajudou na orientação do pensamento e do agir, atribuindo significado à multiplicidade de fenómenos que envolvem a prática de cuidados, tendo por base teorias de enfermagem que se assemelham à visão pessoal do mundo (Benner, 2001). Neste âmbito, integra-se o modelo de sistemas de Betty Neuman como suporte das atividades desenvolvidas.

Este modelo foi dos primeiros a fundamentar o processo de enfermagem, como um instrumento que auxilia o enfermeiro na articulação teórico-prática. Aponta, pois, para uma visão do doente como um sistema, em que dele fazem parte indivíduo, família e comunidade (Neuman, 1995). Desta forma, são diagnosticados os fatores de *stress* que causam instabilidade no doente e na sua família, tendo em conta as percepções destes últimos e do enfermeiro. Sem dúvida que são muitos os fatores de *stress* presentes numa UP e que causam instabilidade no sistema doente-família-enfermeiro: para o doente, a própria situação de doença e permanência num local desconhecido, com ínfimas técnicas à disposição e que são causadoras de medo; para a família, que reconhece a situação de doença como uma alteração no seu padrão diário, acarretando uma multiplicidade de sentimentos; para o enfermeiro, o facto de o cuidado com o DCP ser considerada uma situação stressante. Deverão, pois, ser planeadas, pelo enfermeiro, intervenções com vista à homeostasia do ambiente do doente e da sua família (Neuman, 1995).

O contributo da estudante passou muito pela prevenção primária, por meio dos ensinamentos realizados, uma das áreas consideradas como imprescindível e de plena autonomia do enfermeiro. Identificaram-se focos de instabilidade e referenciaram-se, em conjunto com os enfermeiros orientadores, situações para outros elementos da equipa multidisciplinar, como sejam médico, assistente social ou psicólogo. Foi

importante assistir também à referenciação de doentes pela equipa médica para outros elementos da equipa multidisciplinar, sempre que necessário. Foram solicitadas opiniões de especialidades como cirurgia, cardiologia, neurologia, neurocirurgia, psiquiatria e ortopedia. Em qualquer uma das UP são estes especialistas que se dirigem ao serviço em causa para observação e encaminhamento dos doentes, conforme necessidade.

Enquanto elemento externo, mas inserido nas equipas durante estes meses de estágio, a estudante teve oportunidade de desenvolver como atividade a participação nas decisões referentes ao DCP em equipa multidisciplinar. Foi, pois, desenvolvida a competência definida pela ESEL para o enfermeiro mestre em PSC, nomeadamente foram consultados peritos para a validação das intervenções e colheita de opiniões e sugestões, refletindo sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações (ESEL, 2010). Da mesma forma, considera-se que a delegação e supervisão dos cuidados prestados pelos restantes elementos da equipa multidisciplinar estiveram muito na base do contributo da estudante para os serviços. Foi a partir da observação que foram propostas opções de melhoria, contribuindo para o crescimento do serviço e da estudante individualmente.

No decorrer de cada um dos estágios deu-se permanentemente relevância à atualização de conhecimentos teóricos, selecionando sempre fontes relevantes para a tomada de decisão e demonstrando conhecimento teórico-prático articulado no cuidado ao DCP (ESEL, 2010). Adotou-se, portanto, uma postura de interesse, questionando os enfermeiros orientadores e restante equipa sempre que necessário, avaliando os cuidados a prestar e os cuidados prestados.

Consultou-se sempre o prestador informal de cuidados de cada criança, avaliando em conjunto os cuidados prestados e registando a sua execução, com registos claros e precisos. Todo e qualquer contacto com o doente e com o seu prestador informal de cuidados foi registado em processo clínico, pois, os registos são o principal meio que permite ao enfermeiro salvaguardar-se e demonstrar o cerne da profissão. É cada vez mais importante ser feita a diferença e transparecê-lo para os doentes e para a sociedade, demonstrando o contributo dos enfermeiros e o nível de qualidade dos cuidados prestados (Green, Kelloway, Davies-Schinkel, Hill, & Lindsay, 2011).

Esperando-se do enfermeiro especializado o desenvolvimento de competências no âmbito da gestão dos cuidados, definiu-se também como atividade, a qual foi desenvolvida em cada um dos estágios, a colaboração com cada um dos enfermeiros-chefes em turno específico no sentido de participar em tarefas de coordenação, como na gestão de recursos humanos e materiais, na elaboração dos horários de enfermeiros e de AO, na gestão de *stock* e respetivos pedidos à farmácia e ao armazém, nos pedidos de extra-formulário, pedidos de roupa para o serviço, entre outros (ESEL, 2010).

Implícito à prestação de cuidados de enfermagem está claramente o objetivo específico **“demonstrar a aquisição de competências relacionais e comunicacionais com o DCP e a sua família”**. Para tal, como já referido anteriormente, mobilizaram-se competências comunicacionais no cuidado ao DCP e sua família, a qual foi sempre envolvida nos cuidados de enfermagem especializados. Isso permitiu à estudante a avaliação do envolvimento da família e/ou do prestador informal de cuidados, dos seus conhecimentos e comportamentos, servindo de elemento de apoio sempre que necessário. Demonstrou-se tempo e disponibilidade, notando-se maior ligação e cumplicidade enfermeiro-doente-prestador informal de cuidados de saúde.

No contexto de UP, as mudanças que decorrem da doença, hospitalização, morte e perda estão muito presentes nos prestadores informais de cuidados das crianças, manifestando sentimentos de culpa, ansiedade, medo e dúvida. É função do enfermeiro especializado ajudar os prestadores informais de cuidados de saúde a encontrarem a harmonia (Watson, 2002). Enfermeiro e doente partilham experiências, culminando numa comunicação e libertação de sentimentos humanos: “é um meio de progresso onde o doente se move em direção a um elevado sentido do ser e de harmonia com a sua mente, corpo e alma” (Watson, 2002, p.104).

Mais uma vez se enfatiza que as crianças e o seu prestador informal de cuidados são permanentemente afetados por fatores de *stress* que destabilizam o seu ambiente, seja pelo processo de doença, seja pela perda de papéis aos quais estão habituados no dia-a-dia (Neuman, 1995). Envolveu-se, desta forma, o doente (sempre que possível) e a sua família na prestação de cuidados, tomando-se especial atenção aos detalhes, às necessidades do doente e da sua família e contribuindo para as ultrapassar. O enfermeiro está permanentemente em interação recíproca com o

doente, o seu prestador informal de cuidados, a comunidade e o próprio sistema organizacional onde se insere (Neuman, 1995).

Procurou-se igualmente intervir antecipando orientações no sentido de maximizar a saúde dos doentes cuidados. É dado como exemplo uma situação com uma doente de 12 anos, vítima de Traumatismo Cranioencefálico (TCE), que se dirigiu à UP2, na companhia da mãe, cerca de 2h após o episódio; a criança, após o TCE, iniciou quadro de vômitos persistentes, pelo que ficou em SO cerca de 12h em vigilância. Pareceu importante, ao longo das horas de contacto com a mãe e com a criança, para além de todas as intervenções técnicas que permitiram a estabilização hemodinâmica, transmitir conhecimento referente aos sinais de alarme que em domicílio poderiam carecer de nova ida ao SU, como sejam a sonolência aumentada ou a cefaleia intensa. Daqui surgiu a necessidade de elaborar um documento orientador dos pais relativamente aos cuidados a ter com os seus filhos, em domicílio, em caso de TCE. A enfermagem não se preocupa simplesmente com o corpo-objeto e o cuidado de enfermagem é muito mais do que o cumprimento de ordens médicas ou a preocupação única com a doença e com a cura (Pearson & Vaughan, 1992). Por ser considerado que o lado humano dos cuidados é muitas vezes desvalorizado, procurou-se diariamente focalizar as intervenções não somente na cura do doente, mas ter especial atenção às intervenções autónomas de enfermagem.

A ética e deontologia fazem parte permanente da prática diária de cuidados e, portanto, foi definido como objetivo específico **“demonstrar a aquisição de competências éticas e legais no cuidado ao DCP e à sua família”**. É importante referir que diariamente, mesmo antes do ingresso neste curso de mestrado, já muito eram valorizados os princípios éticos e a defesa dos mesmos no cuidado diário ao doente. E em contexto clínico não foi exceção. A informação clínica presente no processo de cada doente é certo que pode sofrer vieses, pelo que foi sempre valorizada a validação da informação junto do doente (quando possível) e/ou do seu prestador informal de cuidados, respeitando a confidencialidade e privacidade da informação obtida.

Igualmente, foi dada relevância à validação dos resultados das intervenções de enfermagem. Relembrem-se situações específicas, como sejam a de uma criança politraumatizada, com gemido mantido e alterações específicas dos sinais vitais, sugestivas de dor intensa; foram prestados cuidados de conforto e administrada

medicação analgésica, notando-se melhoria franca do estado geral da criança. Considerou-se essencial a validação junto do doente e do seu prestador informal de cuidados, dos resultados das intervenções de enfermagem, mesmo daquelas cujo sucesso foi diminuto. Todas as opiniões permitiram um crescimento profissional e a modificação de atitudes e comportamentos.

As discussões em equipa multidisciplinar relativamente ao processo de cada doente, foram uma atividade previamente delineada e posteriormente desenvolvida nos contextos de estágio, tendo-se mostrado sempre fulcral para o crescimento profissional da estudante, aproveitando os momentos de passagem de turno e as reuniões com a restante equipa multidisciplinar para alargar horizontes e conhecimentos referentes a assuntos correspondentes às situações de cada criança. Em equipa, várias opiniões são lançadas, sendo muito importante a partilha para um maior conhecimento da situação de cada doente e para o sucesso das intervenções a realizar. De referir que estes momentos, em qualquer uma das UP mencionadas, realizam-se em sala específica, com porta fechada, no sentido de manter a confidencialidade da informação clínica de cada criança; o processo clínico de cada doente é mantido em processo informático, em computadores presentes nos postos de triagem, sala de tratamentos e SO, sempre protegidos com palavra passe, impossibilitando o acesso de qualquer pessoa estranha aos dados das crianças presentes no serviço. Aquando da transferência para outros serviços do hospital, a documentação referente a cada doente é colocada em envelopes específicos e entregue pessoalmente pelo enfermeiro ao colega do serviço de destino.

É, pois, salvaguardado de acordo com o art.º 85º dos Estatutos da OE, que o enfermeiro é “obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, partilhando a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (OE, 2015, p.78). O respeito pelo direito à privacidade implica, pois, o dever dos profissionais de saúde de praticar qualquer intervenção no respeito pela intimidade do doente, sendo que, quando o interessado não pode decidir, deve ser sempre considerado o seu melhor interesse, ou seja, o seu bem-estar, a sua segurança física, emocional e social e os seus direitos (OE, 2015).

Por último e não menos importante, foi traçado como objetivo específico **“aplicar os princípios de prevenção e controlo de infeção no cuidado ao DCP e à sua família”**, desenvolvendo-se competências no âmbito da prevenção e controlo da infeção perante a PSC e/ou falência orgânica (ESEL, 2010). Também aqui se começou por observar as práticas correntes nos serviços no que a este tema concerne, conhecendo os protocolos existentes. Constatou-se, em cada uma das UP, a existência de uma equipa de controlo e de prevenção da infeção hospitalar e de um elo de ligação ao referido grupo, elemento este essencial no decorrer do estágio no que concerne ao desenvolvimento das competências preconizadas pela ESEL relacionadas com o objetivo específico em causa.

Sendo uma área que tanto é valorizada no hospital de origem, dada a imensidão de exigências implícitas à acreditação pela *Joint Commission International*, a estudante lida diariamente com um conjunto de procedimentos na prestação de cuidados onde é máxima a atenção aos pequenos detalhes de controlo e de prevenção de infeção. O objetivo é, sem dúvida, identificar e reduzir os riscos de adquirir e transmitir infeções entre doentes, funcionários, profissionais de saúde, trabalhadores contratados, voluntários, estudantes e visitantes, através do ensino, treino, experiência ou certificação, sendo que os hospitais devem implementar programas abrangentes para reduzir os riscos de infeções em doentes e profissionais de saúde (Joint Commission International, 2013).

Dessa forma, foram respeitados e demonstrados conhecimentos de boas práticas no que concerne à prevenção e ao controlo de infeção, bem como foi sensibilizada a equipa e os doentes/prestadores informais de cuidados de saúde à adoção de medidas de prevenção e controlo de infeção.

Por último, são agora destacadas as principais dificuldades sentidas ao longo do estágio em UP, apresentando as principais estratégias adotadas pela estudante para as ultrapassar.

Em primeiro lugar, a referir o número reduzido de situações emergentes em sala de reanimação durante o período de estágio: um total de quatro ativações das salas de reanimação das UP onde decorreu o estágio. Contudo, foram aproveitadas todas as situações de aprendizagem no cuidado ao DCP e, mesmo sendo poucas as situações emergentes ocorridas na sala de reanimação de cada contexto de estágio,

estas foram suficientes para crescer profissionalmente com os procedimentos executados por cada uma das equipas.

Seguidamente, salienta-se como limitação sentida, a falência de protocolos e/ou instruções de trabalho atualizados em cada um dos contextos. No sentido de colaborar no ultrapassar de tal dificuldade, sugeriu-se, no primeiro contexto, a elaboração de uma proposta de *checklist* de transporte intra-hospitalar do doente pediátrico (apêndice XI); e no segundo contexto elaboraram-se informações úteis a serem entregues aos prestadores informais de cuidados de saúde relativamente a situações frequentes na UP, conforme as suas principais necessidades.

Por último, sentiu-se como dificultador no primeiro contexto (UP1) o facto de o sistema de triagem não se reger por um modelo específico, tendo sido difícil por vezes a gestão do conflito com os prestadores informais de cuidados. Por exemplo, determinado enfermeiro pode considerar uma situação como «não urgente», mas considerá-la mais urgente do que a situação «não urgente» anteriormente triada; contudo, o doente anterior será observado mais rapidamente pelo médico do que o doente que agora é considerado de mais prioritária intervenção, mas que não tem critério para ser considerado situação «urgente». Daí ser considerado como essencial um meio-termo no que à prioridade concerne. Relativamente a esta dificuldade, aproveitaram-se vários momentos da prestação de cuidados para sugerir opções de melhoria no que diz respeito a aspetos importantes do sistema de triagem, dada a experiência da estudante com o sistema de triagem de *Manchester*.

Também aqui se tornou dificultador o facto de as crianças entradas como emergentes em sala de reanimação não terem uma identificação com pulseira ou etiqueta; ou a criança a partir do momento em que entra em SO, se não tem pulseira, não ser colocada identificação na mesma ou na própria cama onde se encontra. Dado ser tão importante na minimização do incidente terapêutico a validação do nome completo e da data de nascimento do doente, durante a prestação de cuidados foi difícil sentir segurança nas intervenções de enfermagem validando a identificação do doente somente com o seu prestador informal de cuidados. Isto porque é sabido que o prestador informal de cuidados pode ausentar-se e a criança carecer de intervenção do enfermeiro que, posteriormente, não tem como validar a identificação daquele doente.

No seguimento do anteriormente referido, também na UP2 tal facto se verifica, mas aqui todos os doentes permanecem em UP sem identificação. Mais uma vez, aumentou a dificuldade em prestar cuidados de enfermagem especializados ao DCP em contexto de UP pela incerteza relativamente à identidade da criança. Por este motivo, foram elaboradas etiquetas de identificação (apêndice XII) a serem colocadas primeiramente nas camas/berços dos doentes presentes em SO; posteriormente, foi referido pelos enfermeiros-chefes de cada uma das UP a intenção de alargar tal prática às UP na globalidade.

Salienta-se, como anteriormente referido, que “o elevado número de doentes e de profissionais da saúde envolvidos na prestação de cuidados de saúde e a necessidade de resposta imediata às situações agudas ou de crise, como as de urgência ou emergência, potenciam a probabilidade de ocorrência de incidentes relacionados com a identificação dos doentes” (Despacho n.º 1400-A/2015, p.3882-(6)). Desta forma, a prestação segura de cuidados de saúde fica comprometida quando a identificação correta do doente não é devidamente realizada, sendo essenciais estratégias que minimizem os riscos inerentes à identificação dos doentes (Despacho n.º 1400-A/2015).

2.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

No seguimento do percurso de estágio selecionaram-se dois contextos para a realização da vertente de UCIP. Assim sendo, desenvolveram-se duas semanas de estágio numa UCIP de um hospital do norte do país (UCIP2), seguidas de seis semanas numa UCIP de um hospital do sul do país (UCIP1).

À semelhança do exposto anteriormente para UP, neste subcapítulo é feito um breve enquadramento dos contextos de estágio, descrevendo-se, posteriormente, as atividades desenvolvidas com base nos objetivos inicialmente definidos; por último expõem-se as dificuldades sentidas e as estratégias utilizadas para as ultrapassar.

Ambas as UCIP, tal como as UP descritas anteriormente, sendo particularmente destinadas à população pediátrica, abrangem crianças entre os 0 e os 17 anos e 364 dias. Cada criança tem direito à permanência de dois acompanhantes durante o dia, sendo que à noite fica apenas um acompanhante. No entanto, tal como em UP, os doentes ficam muitas vezes sem acompanhante, se

institucionalizados ou se o prestador informal de cuidados por algum motivo superior e ausência de outro elemento maior de 18 anos, não puder ficar junto da criança.

Em cada uma destas unidades existe uma copa destinada aos prestadores informais de cuidados de saúde dos doentes, com frigorífico e micro-ondas onde podem manter e aquecer as suas refeições e uma casa de banho onde podem proceder à sua higiene. Na UCIP2, de referir a existência de um espaço onde os prestadores informais de cuidados de saúde podem descansar, com cadeirões destinados para o efeito.

A UCIP2 conta com seis unidades individuais de cuidados intensivos, sendo duas das quais quartos de isolamento. A unidade encontra-se em remodelação para abertura de três vagas de cuidados intermédios. Já a UCIP1 conta com oito vagas de cuidados intensivos, sendo uma das quais quarto de isolamento.

No que diz respeito ao número de enfermeiros, ambas as UCIP contam com o rácio definido para as UCI a nível nacional, nomeadamente dois doentes por enfermeiro. De salientar que, na UCIP1, aquando da presença de uma criança em ECMO (*ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*), o rácio estabelecido é de um doente para um enfermeiro, dada a exigência em termos de procedimentos técnicos e dispêndio de tempo com um doente em ECMO.

Com base no objetivo geral do estágio e os respetivos objetivos específicos definidos em plano de atividades (apêndice IV), expõem-se agora as principais atividades colocadas em prática pela estudante em âmbito de UCIP, com vista ao seu desenvolvimento.

Nestes contextos, como já referido anteriormente, foi notório o aumento da dificuldade e da exigência no que concerne à absorção de todos os conhecimentos e competências técnicas inerentes ao cuidado ao DCP em UCIP. Foi, portanto, dado ênfase ao desenvolvimento de atividades e competências respeitantes ao objetivo específico «**prestar cuidados de enfermagem especializados ao DCP e à sua família**».

Pela ansiedade e o receio na prestação de cuidados em UCI, foi definida como atividade a desenvolver previamente à realização do estágio em UCIP, a observação informal a um serviço de UCI de adultos do hospital de origem, que decorreu em dia específico previamente combinado com o enfermeiro-chefe. Foi dada especial atenção à prestação de cuidados de enfermagem e a aspetos fulcrais ao dia-a-dia do

doente em UCI, tais como: o cuidado acrescido com o ruído e a iluminação da unidade, a importância do trabalho em equipa e da delegação de tarefas no doente, sempre que possível (por exemplo, nos cuidados de higiene e conforto, aspiração de secreções, alimentação, entre outros). Tal turno possibilitou uma ampliação do conhecimento inicial respeitante às principais rotinas e cuidados dirigidos ao DC em UCI e o aumento da confiança para o início do estágio em UCIP.

Mais uma vez se procurou a integração em cada uma das equipas multidisciplinares e a passagem por um conjunto de atividades graduais, cuja ausência teria sido suficiente para prejudicar o desempenho em percurso de estágio. Foi muito importante a apresentação inicial, pelos enfermeiros-chefes, das equipas, dos serviços e localização do material, o conhecimento referente à visão, missão e valores dos serviços, bem como a leitura das normas, protocolos e/ou instruções de trabalho existentes. Foram também importantes a atualização constante e o aumento do conhecimento no que diz respeito à utilidade e à função do material em UCIP.

A perceção referente à existência ou não de indicadores de avaliação que estão na base das auditorias clínicas também foi uma das atividades planeadas, uma vez que é pretendido do enfermeiro especializado, o desempenho de “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, bem como a conceção, gestão e colaboração “em programas de melhoria contínua da qualidade” (Regulamento nº122/2011, p.8649). Em ambas as UCIP são realizadas, por elementos externos ao serviço, auditorias mensais ao carro de urgência, com base nos seguintes indicadores: cumprimento do *stock* e respetivas validades da medicação definida para o carro de urgência, realização e assinatura do enfermeiro responsável pela verificação e reposição mensal do carro de urgência e realização e assinatura do enfermeiro responsável pelo teste diário ao desfibrilhador do carro de urgência. Foi explicado pelos enfermeiros-chefes que, existindo em cada uma das unidades material de reanimação presente em carros de apoio, só é utilizado o carro de urgência quando estritamente necessário. No que concerne a outras auditorias passíveis de serem realizadas, a referir a sua inexistência nas UCIP onde foi desenvolvido estágio, apesar do interesse demonstrado pelos enfermeiros-chefes na sua futura implementação.

Em ambas as UCIP se definiu como atividade a perceção da interligação das UCIP com as UP, com outros serviços do hospital e com o transporte inter-hospitalar

do doente pediátrico, onde vários enfermeiros e médicos colaboram no âmbito de duplicação de funções. Sempre que solicitado pela estudante, por motivos de aperfeiçoamento de conhecimentos e enriquecimento no que ao desenvolvimento das competências preconizadas concerne, foi possibilitada a observação participativa em situações emergentes fora da unidade, nomeadamente em situações críticas ocorridas em UP ou no transporte intra-hospitalar de doentes transferidos para a unidade.

Foi igualmente observada a receção de crianças transferidas de outros hospitais, para internamento na UCIP1, dada a especificidade das intervenções nesta UCIP, da qual fazem parte, por exemplo, elementos diferenciados no tratamento em ECMO. Foi percebido também que cada uma das UCIP apenas transfere doentes para outros hospitais por motivo de área de residência e, claro, se do hospital de destino faz parte uma UCIP ou o doente já está estabilizado e pode ser transferido para uma enfermaria.

No âmbito da integração nos serviços foi estritamente necessária a atividade referente à realização de um turno específico com cada um dos enfermeiros-chefes, tendo-se colaborado na organização das equipas, do material existente e da formação em serviço. É, pois, esperado do enfermeiro especializado, o desenvolvimento de competências no âmbito da gestão dos cuidados (ESEL, 2010).

A prestação de cuidados de enfermagem à criança a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em âmbito de UCIP é uma área muito importante e para a qual foi essencial a preparação prévia. Inicialmente optou-se por realizar planos de cuidados individualizados a cada doente, em conjunto com os enfermeiros orientadores, dada a especificidade e imensidão de intervenções a cada doente. Com o evoluir do estágio, a segurança foi-se instalando, o que permitiu instintivamente ir ao encontro das reais necessidades de cada doente/prestador informal de cuidados, gerindo os cuidados, otimizando a resposta de enfermagem e a articulação na equipa multidisciplinar (ESEL, 2010).

O processo de enfermagem fez sempre parte do dia-a-dia, procurando-se justificar pertinentemente as intervenções de enfermagem executadas, avaliando a sua pertinência e eficácia, juntamente com os prestadores informais de cuidados de saúde e com os enfermeiros orientadores. Foi neste âmbito do processo de enfermagem, que foi sentida como necessidade a existência de um impresso de

colheita de dados das crianças em UCIP (como anteriormente referido), o qual foi construído pela estudante, com apoio do enfermeiro orientador e da equipa de enfermagem durante o estágio (apêndice XIII). Com tal documento foi possibilitado um conhecimento alargado do historial de cada criança/adolescente logo à entrada no serviço, bem como a avaliação prévia das necessidades dos prestadores informais de cuidados de saúde das crianças e o planeamento das respetivas intervenções de enfermagem, com vista à homeostasia do sistema doente-prestador informal de cuidados.

No âmbito da prestação de cuidados direta, mais uma vez se releva a ausência de identificação dos doentes na UCIP2, tão crucial na minimização do incidente terapêutico. Como tal, foi estendida a aplicabilidade das etiquetas de identificação elaboradas para o contexto de UP à UCIP2 (apêndice XII). Nos momentos não formais em contexto de passagem de turno, foi dada ênfase à importância da dupla confirmação da identificação dos doentes, prática iniciada pela equipa durante o estágio. Já na UCIP1, cada doente é identificado à entrada do serviço, com a respetiva pulseira de identificação que contém nome e nº de processo, bem como é colocado o nome completo de cada criança nos respetivos monitores individuais de cada unidade do doente.

Foi sentido em UCIP um ambiente mais controlado relativamente às situações emergentes, muito devido ao facto de o material de emergência se encontrar próximo da unidade de cada doente e, portanto, de rápido manuseio. É aqui de relevar um procedimento executado pela equipa de enfermagem na admissão de qualquer doente na UCIP1, nomeadamente a impressão de um documento referente aos principais fármacos de reanimação para cada doente, conforme o seu peso e idade, previamente preparado em sistema *Excel*. Este permite, em qualquer situação emergente, saber adequadamente e com precisão, as dosagens da medicação a administrar, com base na idade e no peso da criança. Dada a prática apresentada nesta UCIP e a sua importância na preparação prévia da equipa para situações de instabilidade hemodinâmica nos doentes internados, o que aumenta a sua segurança terapêutica, foi sugerida pela estudante a elaboração no serviço de origem, de um impresso referente aos fármacos utilizados em sala de reanimação, a ser colocado na respetiva sala, que se encontra em processo de aprovação pela administração

hospitalar (apêndice IX). Uma vez mais, procuraram-se práticas de melhoria contínua no hospital de origem.

O ambiente em UCIP é de difícil gestão emocional, muito devido ao sofrimento característico aos pais dos doentes internados que “percebem a hospitalização do filho através da interação com os membros da equipa de saúde e do cuidado prestado ao filho. Valorizam a tecnologia e a dedicação dos profissionais, mas, acima de tudo, as atitudes de respeito e consideração, julgando-as indispensáveis na relação interpessoal” (Multidisciplinar, Bercini & Marcon, 2007, p.438).

Foi, portanto, crucial a intervenção especializada junto dos prestadores informais de cuidados de saúde, área tão importante e relevada no decurso do estágio e diariamente na prática de cuidados no hospital de origem. As conversas não formais, a demonstração de tempo e disponibilidade, a escuta ativa e a explicação referente aos procedimentos efetuados e a sua importância diminuíram a ansiedade característica aos prestadores informais de cuidados de saúde. De facto, os enfermeiros “deverão encetar um processo de ensino em que partilhem conhecimentos e ensinem técnicas apropriadas aos membros da família de modo a que estes possam satisfazer eficazmente as necessidades da criança (Ribeiro, Moura, Sequeira, Barbieri & Erdmann, 2015, p.139). Os enfermeiros podem melhorar a qualidade dos cuidados “ouvindo o outro”, sendo fulcral o enfermeiro e restante equipa multidisciplinar saber o que os prestadores informais de cuidados realmente vivenciam e experienciam durante o internamento (Ribeiro et al., 2015, p.142).

Os registos foram uma área muito valorizada em contexto de estágio, tendo-se definido previamente atividades destinadas à observação dos registos efetuados pelas equipas de enfermagem dos serviços de estágio, bem como à realização pela estudante de registos claros, concisos e objetivos. É, pois, a partir do registo de todas as fases do processo de enfermagem que é possibilitada a continuidade dos cuidados e a avaliação da qualidade das intervenções (Tannure, Lima, Oliveira, Lima & Chianca, 2015).

Na UCIP1, os registos médicos e de enfermagem são informáticos, realizados no sistema *Critical care manager - Pycis*, onde são prescritas e assinadas as intervenções efetuadas em cada doente. De salientar a dificuldade sentida relativamente ao historial de cada criança: mais uma vez se verificou a impossibilidade de aceder informaticamente ao processo do doente no âmbito de urgência ou

internamento, muito devido ao facto de a grande maioria dos serviços de pediatria deste hospital do sul do país ter registos manuais e não informáticos. Contudo, mesmo naqueles serviços cujos registos são informáticos não é permitido o acesso em UCIP ao processo das crianças que são transferidas para esses serviços, sendo mais uma vez perdida a continuidade do processo clínico, o que é encarado como uma desvantagem.

Na UCIP2, os registos médicos e de enfermagem são manuais, em impresso destinado a cada doente. Os registos manuais acarretam um risco acrescido de não ser legível a letra, serem impercetíveis as prescrições médicas e qualquer outro registo referente ao doente, bem como está aumentado o risco de extravio do processo clínico nesta forma de registo (Kaushal et al., 2004). Contudo, foi notória uma atenção especial dos enfermeiros para com os doentes na UCIP2, interligando-se o observado em termos de parâmetros vitais, com o estado geral do doente. Em qualquer uma das realidades, o essencial será fazer-se a diferença e transparecê-lo para os doentes e sociedade, demonstrando o contributo dos enfermeiros e o nível de qualidade dos cuidados prestados (Green et al., 2011).

A salientar ainda, tal como nas UP onde foi desenvolvido estágio, o sistema *Pyxis*, destinado à manutenção e à reposição da medicação. Também aqui se percebe o benefício deste sistema no que diz respeito ao controlo da medicação extraída, bem como à minimização do erro terapêutico.

O apoio dos enfermeiros orientadores ao longo do estágio foi fulcral, bem como a disponibilidade demonstrada pelas equipas multidisciplinares de ambas as UCIP, que esclareceram dúvidas e explicaram sempre as intervenções e os cuidados específicos aos diferentes doentes. Numa lógica de parceria, as decisões referentes às intervenções de enfermagem foram tomadas em conjunto com o prestador informal de cuidados, com o enfermeiro orientador, com a restante equipa multidisciplinar e, sempre que possível, com o doente. Foi dada relevância também à referência para outros elementos da equipa multidisciplinar, sempre que necessário e conforme a situação particular de cada criança. Selecionaram-se sempre fontes relevantes para a tomada de decisão e foram consultados peritos para a validação das intervenções e para a colheita de opiniões e sugestões, refletindo sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações, tal como preconizado pela ESEL para o enfermeiro mestre em PSC (ESEL, 2010).

Foi demonstrado interesse e disponibilidade no que concerne à discussão dos casos referentes às crianças internadas. Deu-se atenção não somente aos doentes distribuídos com os enfermeiros orientadores, mas também aos restantes doentes internados, o que se mostrou benéfico para o desenvolvimento das competências definidas.

Faz sentido ainda referir que a reflexão da prática de cuidados foi fulcral no desenvolvimento do estágio. A reflexão contribui, pois, para a garantia da qualidade dos cuidados, permitindo diariamente a consciencialização das atitudes, comportamentos e intervenções, no sentido de melhorar a prática em situações futuras, contribuindo para melhores cuidados de enfermagem. É essa reflexão que permite desenvolver o conhecimento e o raciocínio clínico (Tanner, 2006).

Nestes contextos de estágio foi também definido como objetivo específico **«demonstrar a aquisição de competências relacionais e comunicacionais com o DCP e a sua família»**. Como anteriormente mencionado, tiveram-se em conta competências comunicacionais no cuidado com o doente e com o seu prestador informal de cuidados em ambiente de UCIP, notando-se nestes diminuição da ansiedade e maior capacidade para lidar com a fase de desequilíbrio inerente ao internamento da criança (Neuman, 1995).

Sem dúvida que a criança encara muitas vezes a vinda ao hospital como um castigo ou os pais sentem uma perda do seu papel parental e desconfiança intrínseca à situação de cuidados e aos profissionais de saúde em particular. É portanto crucial, como tem vindo a ser referido neste relatório, a ajuda prestada pelos profissionais de saúde, às crianças e pais a encontrar a homeostasia (George, 2000).

Em ambiente de UCIP, foi sentida maior disponibilidade para dar atenção aos prestadores informais de cuidados de saúde, o que se tornou muito gratificante. Considera-se, pois, que se foi ao encontro do que McCormack & Mccance (2006) referem ao inferir que cuidado centrado envolve negociação, informação, flexibilidade, transparência e presença; envolve relação terapêutica entre enfermeiro-doente-prestador informal de cuidados, numa perspetiva humanística do cuidado. Isso implica conhecer as crenças e valores do doente e do prestador informal de cuidados, estar presente e tomar decisões com os próprios que vão ao encontro das suas necessidades. Envolveu-se cada um dos prestadores informais de cuidados, sempre que possível, nos cuidados à criança/adolescente, explicando-se os procedimentos e

retirando as dúvidas existentes. Essa partilha de funções e a delegação no prestador informal de cuidados foi essencial à melhoria do estado geral de cada doente.

Também com os doentes foi tida especial atenção, nomeadamente na procura de estratégias de comunicação não-verbal para com os doentes ventilados e conscientes, como sejam a utilização de papel e caneta ou mesmo de outras estratégias sugeridas pelo prestador informal de cuidados, com base nos principais gostos de cada criança.

A atenção às técnicas de comunicação em equipa multidisciplinar demonstrou-se também muito importante. Foi notório o trabalho de equipa presente em cada uma das UCIP, com especial relevância para a UCIP2, onde os cuidados a cada doente são muito na lógica da parceria, da partilha de conhecimento e dúvidas em equipa, o que se mostra muito enriquecedor.

Tal como em UP, foi definido o objetivo específico «**demonstrar a aquisição de competências éticas e legais no cuidado ao DCP e à sua família**». A validação da história clínica de cada doente com o seu prestador informal de cuidados foi sempre prática durante o estágio, tendo sido muito benéfico o instrumento de colheita de dados construído pela estudante (apêndice XIII). Vários aspetos desconhecidos passaram a ser valorizados e foi sentido como benéfico o conhecimento acrescido sobre cada doente em particular. Toda a informação referente aos doentes e aos seus prestadores informais de cuidados foi mantida como confidencial, pois “o enfermeiro tem o dever de manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (OE, 2005, p.117).

Foi dada particular atenção aos aspetos relacionados com a intimidade das crianças uma vez que em ambas as UCIP é frequente os doentes permanecerem sem roupa. Foi questionado cada um dos enfermeiros-chefes e respetivos enfermeiros orientadores relativamente ao motivo de os doentes em UCIP não estarem vestidos. De facto, também a literatura comprova que “a rotina de deixar o paciente despido na UTI tem como objetivo facilitar o trabalho da equipa, ter acesso fácil ao corpo em situação de emergência e facilidade para manusear os equipamentos”, porém essa atitude “causa sofrimento e vergonha aos indivíduos que se veem obrigados a permanecer com seus corpos expostos” (Severo & Girardon-Perlini, 2005, p.26). Sobretudo em adolescentes, esta é uma realidade notada em UCIP, pois rapazes e

raparigas permanecem no mesmo espaço físico, constantemente vendo-se nus uns aos outros. Foi, portanto, dada atenção redobrada à privacidade do doente, por meio da utilização de biombos nos momentos de cuidado ao doente ou da utilização de *soutiens* ou cuecas improvisadas pela estudante.

Foi sentida como dificuldade também a manutenção da privacidade nas conversas com os prestadores informais de cuidados, uma vez que as unidades de cada doente são próximas umas das outras em qualquer uma das UCIP. Como tal, foi utilizada como estratégia a utilização de um espaço para o efeito em cada uma das unidades, sempre que se mostrou necessário, para conversa com os prestadores informais de cuidados relativamente a vários temas, nomeadamente nos momentos de colheita de dados, nos momentos de dúvidas ou de ensinamentos cuja vertente prática não se mostrasse necessária, entre outros.

Por último, e mais uma vez no sentido de desenvolver competências no âmbito da prevenção e controlo da infeção perante a PSC e/ou falência orgânica, definiu-se como objetivo específico “**aplicar os princípios de prevenção e controlo de infeção no cuidado ao DCP e à sua família**». Também nestas UCIP existe um elo de ligação à equipa de controlo e prevenção de infeção hospitalar, que procura frequentemente a adoção de boas práticas na equipa.

Na UCIP 2 verificou-se a utilização, pelos enfermeiros, de equipamento de proteção individual no contacto com cada doente, bem como dos prestadores informais de cuidados que, à entrada da unidade, têm sala destinada a equiparem-se, onde constam material de desinfeção das mãos, batas, toucas e sapatos destinados à circulação na unidade. O cuidado na preparação de terapêutica também é acrescido, em bancada destinada ao efeito, devidamente desinfetada entre cada utilização.

Já na UCIP 1, tais práticas não são frequentes, excetuando-se os casos de isolamento de proteção ou de contacto ou situações específicas, como sejam nos cuidados de higiene e conforto e nos cuidados de aspiração de secreções. Foi questionada a importância da extensão das práticas supramencionadas na UCIP2 também a esta unidade, o que não foi possível dado o aumento dos gastos e probabilidade acrescida de não-aceitação por parte da administração hospitalar, segundo referido pelo enfermeiro orientador e enfermeiro-chefe. Contudo, foi notório o cuidado em ambas as UCIP nos cinco momentos inerentes à lavagem/desinfeção das mãos, cuidado este praticado também pela estudante.

Mais uma vez se destaca a importância que foi dada durante o estágio ao ensino junto dos prestadores informais de cuidados de saúde dos doentes, neste caso relativamente aos equipamentos de proteção individual a utilizar junto do doente, bem como à importância da higienização das mãos.

Finalmente salientam-se as dificuldades sentidas ao longo do estágio em UCIP, apresentando as principais estratégias adotadas pela estudante para as ultrapassar.

Enfatiza-se a dificuldade sentida e já expressa neste relatório relativamente à especificidade de conhecimentos e técnicas inerentes ao cuidado ao DCP em UCIP, pelo que a pesquisa bibliográfica e a consulta frequente do portefólio construído ao longo dos estágios, se mostraram muito importantes. É também de realçar a elaboração de estudos-de-caso de situações de cuidados consideradas como importantes para a estudante, no que concerne ao desenvolvimento de competências específicas, o que possibilitou o estudo permanente e a reflexão referente à prática de cuidados, muito enriquecedora à melhoria contínua dos cuidados prestados.

Também a impossibilidade de aceder informaticamente ao historial do doente em âmbito de urgência ou internamento foi sentida como dificuldade durante o estágio em UCIP. Contudo, sempre que necessário e que a informação transmitida pelos prestadores informais das crianças era insuficiente, foi possibilitada a ida ao serviço de urgência ou de internamento para consulta do historial do doente, conforme autorização prévia do enfermeiro-chefe do respetivo serviço.

Teve-se também preocupação com os aspetos relacionados com a exposição do corpo do doente, pois foi sentida como dificuldade a realidade presente em UCIP de manter os doentes sem roupa. Adotaram-se, pois, métodos promotores de maior privacidade a cada doente, como, por exemplo, nas adolescentes, a utilização de soutien improvisado. Também, como referido acima, a privacidade nas conversas com os prestadores informais de cuidados foi difícil de conseguir, pelo que, ao longo do estágio foram sendo improvisados espaços para esse fim, o que grande parte das vezes decorreu em sala de reuniões ou no gabinete do assistente social.

Também o ambiente de cuidados e a emotividade diária dos prestadores informais de cuidados foi difícil de gerir, pois aliado ao facto de se tratar de um DCP, o tempo de internamento é, muitas vezes, prolongado, criando-se ligações com o mesmo e com os seus prestadores informais de cuidados. A morte não foi, ao contrário do inicialmente pensado, o mais difícil de gerir, mas sim a capacidade de ajudar os

prestadores informais de cuidados dos doentes a lidar com as emoções, com a perda e com o luto. No que concerne a estratégias para ultrapassar tal dificuldade, é difícil enumerar uma em específico, porque a base esteve na importância que foi permanentemente dada à escuta ativa, à demonstração de tempo e disponibilidade, ao esclarecimento de dúvidas e à promoção do conforto e da confiança constante nos profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenho do percurso trilhado foi potenciador do crescimento pessoal e profissional da estudante, tendo conduzido ao desenvolvimento das competências preconizadas no ciclo de estudos da ESEL, nos descritores de *Dublin* para o 2º ciclo de formação e nas competências definidas pela OE para o EEEPSC.

O percurso pelos vários locais de estágio foi desafiante e compensador, permitindo a reflexão diária das práticas, a consciencialização referente à necessidade de melhoria contínua dos conhecimentos teóricos e da própria intervenção junto do doente e da sua família, com vista à excelência dos cuidados de enfermagem. Considera-se, pois, que a passagem por serviços cuja experiência era diminuta permitiu à estudante aprofundar um conjunto de conhecimentos e competências técnicas essenciais no cuidado ao DCP.

Ao longo da passagem da estudante pelos locais de estágio procurou-se envolver os doentes e as suas famílias na prestação de cuidados, explicar os procedimentos a efetuar, retirar dúvidas, propor opções de melhoria nos cuidados prestados e, claro, encaminhar adequadamente para domicílio, com vista a melhores *outcomes* dos doentes cuidados. Com os contributos da estudante no decorrer dos estágios e todas as sugestões apresentadas, foram também notórios os benefícios para os locais de estágio, que procuraram alterar procedimentos e práticas, com vista à melhoria dos cuidados ao DCP. Tais sugestões mostraram-se enriquecedoras igualmente para a equipa do hospital de origem, dado o leque de conhecimentos teóricos partilhados pela estudante, bem como pelas melhorias conseguidas com as instruções de trabalho e sugestões apresentadas. Por último, os estágios demonstraram-se muito enriquecedores para a estudante, à qual foi possibilitado o desenvolvimento de um conjunto de competências esperadas ao enfermeiro mestre em PSC. Das competências desenvolvidas são de destacar as relativas à prestação de cuidados ao DCP, bem como as relativas à gestão dos cuidados, aquelas que se tornaram mais desafiadoras e exigentes.

Face ao apresentado, acrescenta-se que este percurso foi marcado por grande dedicação, uma vez que partiu do gosto e motivações pessoais da estudante, numa área que tem vindo a investir particularmente ao longo do seu percurso profissional.

Foi permitida uma análise profunda da prática diária, das atitudes e dos comportamentos, acreditando-se estar a evoluir positivamente no caminho da perícia.

Como principais dificuldades sentidas destacam-se a conciliação da vida pessoal, profissional e académica, com conseqüente cansaço e limitações de tempo e disponibilidade para com a família e amigos. No entanto, os principais aspetos positivos foram sem dúvida os locais de estágio, os enfermeiros de referência, o professor orientador e todos aqueles que confiaram neste percurso.

Finalmente considera-se pertinente referir os projetos em vista pela estudante, passíveis de serem colocados em prática no serviço de origem. Ao longo de todo o percurso pelo curso de mestrado, conjuntamente com a pesquisa bibliográfica efetuada, várias foram as ideias de melhoria da segurança do DCP em situação de emergência, a serem colocadas em prática no hospital de origem. Em conversa não formal com os pares, com a enfermeira-chefe e com o diretor clínico do serviço de origem, foram apresentadas tais sugestões. O seu *feedback* foi muito positivo, mas expressaram dificuldades no que concerne à implementação destes projetos em curto espaço de tempo, pelo que são aqui explanadas as sugestões em causa.

Destaca-se a sugestão da realização de simulações periódicas (mensais ou trimestrais) no contexto de UP, onde serão treinadas situações fictícias referentes ao suporte avançado de vida pediátrico. Tal como mencionado anteriormente, a simulação com treino em equipa é definida como a aquisição sistemática de conhecimentos, habilidades e atitudes, possibilitando um desempenho melhorado num ambiente particular de cuidados (Crofts, Ellis, Draycott, Winter, Hunt & Akande, 2007). Os mesmos autores descrevem quatro níveis de evolução no efeito dos programas de simulação, sendo estes: a satisfação após a simulação, a aquisição de competências, a melhor assistência ao doente e, por sua vez, melhores *outcomes* (Crofts et al., 2007).

Foi também proposta a definição prévia de papéis em sala de reanimação, para cada elemento da equipa multidisciplinar, no início de cada turno. Considera-se, pois, que esta tarefa estará implícita ao chefe da equipa médica ou *team leader*, uma vez que a melhor liderança é aquela em que o líder especifica claramente os elementos que devem executar determinadas tarefas, gerindo da melhor forma os recursos humanos com base nas necessidades imediatas e prioritárias, permitindo-lhe ainda uma visão global sobre a reanimação (Cooper & Wakelam, 1999).

É ainda de referir o propósito de continuar a investir na formação contínua e na realização e/ou participação em estudos científicos que ajudem a fundamentar a prática de enfermagem, elaborando continuamente projetos de investigação coerentes (ESEL, 2010). Pretende-se, pois, contribuir com investigação e conhecimento científico em congressos nacionais e internacionais e participar em formações e *workshops* relacionados com a especificidade do mestrado em causa.

Por último, destaca-se a importância que será dada continuamente ao apoio aos pares no serviço de origem, contribuindo com os conhecimentos e as competências desenvolvidas de forma a melhorar continuamente a prática de enfermagem, os *outcomes* dos doentes, da instituição de saúde e do SNS. Foram assim planeadas formações a iniciar ainda no ano de 2017 relacionadas com a medicação e equipamento presente na sala de reanimação, bem como com patologias específicas passíveis de surgirem na sala de reanimação.

Pretende-se, pois, contribuir continuamente para a melhoria da segurança terapêutica dos doentes cuidados, procurando permanentemente a excelência no exercício profissional. Nesta procura permanente, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos doentes, ajudando-os a alcançarem o máximo potencial de saúde; previne complicações para a saúde dos doentes; maximiza o seu bem-estar; conjuntamente com o doente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde e contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001). Sendo parte integral desta profissão, é o estudante o responsável pela mudança na prática diária que permitirá reconstruir a visão social da enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alagha, H. Z., Badary, O. A., Ibrahim, H. M. & Sabri, N. A. (2011). Reducing prescribing errors in the paediatric intensive care unit: an experience from Egypt. *Acta Paediatrica*, 100(10), e169–e174. **DOI:** 10.1111/j.1651-2227.2011.02270

Agarwal, S., Swanson, S., Murphy, A., Yaeger, K., Sharek, P. & Halamek, L. P. (2005). Comparing the Utility of a Standard Pediatric Resuscitation Cart With a Pediatric Resuscitation Cart Based on the Broselow Tape: A Randomized, Controlled, Crossover Trial Involving Simulated Resuscitation Scenarios. *Pediatrics*, 116(3), 326 – 333. <http://doi.org/10.1542/peds.2005-0320>

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto

Browne, M. (2014). What if a Pilot was Too Busy for the Checklist? Emergency Department Safety and the Timeout Process. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 15(3), 269–273. **DOI:** 10.1016/j.cpem.2014.08.001

Cabete, D. G. (2008). Perspectivas de Formação Avançada em Enfermagem: um olhar para o panorama internacional. *Pensar Enfermagem*, 12(1), 48–52. Acedido 16/11/2016. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/266327370_Perspectivas_da_formacao_avancada_em_enfermagem_um_olhar_para_o_panorama_internacional

Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência: Relatório CRRNEU*. Acedido 10/1/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx>

Cooper, S. & Wakelam, A. (1999). Leadership of Resuscitation Teams: “Lighthouse Leadership.” *Resuscitation*, 42(1). [http://doi.org/10.1016/S0300-9572\(99\)00080-5](http://doi.org/10.1016/S0300-9572(99)00080-5)

Crofts, J., Ellis, D., Draycott, T., Winter, C., Hunt, L. & Akande, V. (2007). Change in

knowledge of midwives and obstetricians following obstetric emergency training: a randomised controlled trial of local hospital, simulation centre and teamwork training. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114, 1534–1541. **DOI:** 10.1111/j.1471-0528.2007.01493

Decreto-lei nº 115/2013 de 7 de Agosto. (2013). Graus académicos e diplomas do ensino superior. Diário da República I Série, Nº151 (7/8/2013). 4749-4772

Depinet, H. E., Iyer, S. B., Hornung, R., Timm, N. L. & Byczkowski, T. L. (2014). The Effect of Emergency Department Crowding on Reassessment of Children With Critically Abnormal Vital Signs. *Academic Emergency Medicine: Official Journal Of The Society For Academic Emergency Medicine*, 21(10), 1116–1121. **DOI:** 10.1111/acem.12478

Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República II Série, Nº 28 (10/2/2015). 3882-(2)-3883-(10)

Despacho nº 5613/2015 de 27 de Maio. (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República II Série, Nº102 (27/5/2015). 13550-13553

Dowson, A., Russ, S., Sevdaiis, N., Cooper, M. & Munter, C. De. (2013). How in situ simulation affects paediatric nurses' clinical confidence. *British Journal Of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 22(11), 610. Acedido 10/1/2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/272472186_How_in_situ_simulation_affects_paediatric_nurses'_clinical_confidence

ESEL. (2010). *Objectivos e competências do CMEPSC*. Acedido 17/7/2016. Disponível em <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>

Ferreira, A. B. de H. (2004). *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. (3ª ed.).

Curitiba: Editora Positivo

Ferreira, C. A. (2009). A avaliação na metodologia de trabalho de projecto: uma experiência na formação de professores. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 43(1), 143–158. **DOI:** 10.14195/1647-8614_43-1_7

Fortin, M.-F. (1996). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência

George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem - Os fundamentos à prática profissional*. (4ª ed.). Porto Alegre: A. Editora

Green, T., Kelloway, L., Davies-Schinkel, C., Hill, M. & Lindsay, M. P. (2011). Nurses' accountability for stroke quality of care: part one: Review of the literature on nursing-sensitive patient outcomes. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 33(3), 13–23. Acedido 11/11/2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/221835927_Nurses'_accountability_for_stroke_quality_of_care_part_one_Review_of_the_literature_on_nursing-sensitive_patient_outcomes

Gordon, M. D., Meguerdichian, M. J. & Clapper, T. C. (2012). The Broselow Tape as an Effective Medication Dosing Instrument: A Review of the Literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(4), 416–420. **DOI:** 10.1016/j.pedn.2012.04.009

Harada, M. de J. C. S., Chanes, D. C., Kusahara, D. M. & Pedreira, M. da L. G. (2012). Segurança na administração de medicamentos em Pediatria. *Acta Paul Enferm.*, 25(4), 639–642. Acedido 12/11/2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/25.pdf>

Joint Commission International. (2013). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals* (5th ed.). Acedido 18/2/2017. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/Hospital-5E-Standards-Only-Mar2014.pdf>

Kaushal, R., Jaggi, T., Walsh, K., Fortescue, E. B. & Bates, D. W. (2004). Pediatric Medication Errors: What Do We Know? What Gaps Remain? *Ambulatory Pediatric Association*, 4(1), 73–81. Acedido 20/12/2016. Disponível em: [http://www.academicpedsjnl.net/article/S1530-1567\(05\)60272-9/abstract](http://www.academicpedsjnl.net/article/S1530-1567(05)60272-9/abstract)

Macias, C. G. (2013). Quality Improvement in Pediatric Emergency Medicine. *Academic Pediatrics*, 13(6), S61–S69. **DOI:** 10.1016/j.acap.2013.06.007

Manias, E., Kinney, S., Cranswick, N. & Williams, A. (2014). Medication errors in hospitalised children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 50(1), 71–77. **DOI:** 10.1111/jpc.12412

Mccormack, B. & Mccance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2006.04042

Merry, A. F. & Anderson, B. J. (2011). Medication errors – new approaches to prevention. *Pediatric Anesthesia*, 21(7), 743–753. **DOI:** 10.1111/j.1460-9592.2011.03589

Milkins, L., Moore, C. & Spiteri, J. (2014). *Simulation based education*. Acedido 20/12/2016. Disponível em: www.heti.nsw.gov.au

Multidisciplinar, E., Bercini, L. O. & Marcon, S. S. (2007). Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipa multidisciplinar. *Esc Anna Nery R Enferm*, 11(3), 437–444. Acedido 15/3/2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a07>

Neuman, B. (1995). *The Neyman Systems Model* (3ª ed.). Ohio: Beverly

Nieman, C. T., Manacci, C. F., Super, D. M., Mancuso, C. & Fallon, W. F. (2006). Use of the Broselow Tape May Result in the Underresuscitation of Children. *Academic Emergency Medicine*, 13(10), 1011 – 1019. **DOI:** 10.1197/j.aem.2006.06.042

Nieman, E. & Support, A. L. (2007). The Use of the Broselow Tape in Pediatric Resuscitation. *Academic Emergency Medicine*, 14(5), 500–501. **DOI:** 10.1197/j.aem.2007.02.015

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Acedido a 10/11/2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Acedido a 10/11/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Acedido a 10/11/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2012). *Parceria Africana para Segurança do Paciente - Melhorar a segurança do paciente: primeiros passos*. Acedido 4/1/2017. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/apps/resources/APPS_Improving_PS-1st_steps_2012_04_PT.pdf?ua=1

Pearson, A. & Vaughan, B. (1992). *O Modelo Tradicional para o Exercício de Enfermagem*. London: Nursing, Ed.

Popovich, D. (2011). 30-Second Head-to-Toe Tool in Pediatric Nursing: Cultivating Safety in Handoff Communication. *Pediatric Nursing*, 37(2), 55–59. Acedido 11/12/2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/51208991_30-Second_Head-to-Toe_tool_in_pediatric_nursing_cultivating_safety_in_handoff_communication

Ralston, M. E., & Myatt, M. A. (2016). Weight Estimation Tool for Children Aged 6 to 59 Months in Limited-Resource Settings, 11(8), 1–19. **DOI:** 10.1371/journal.pone.0159260

Regulamento nº 166/2011 de 8 de Março. (2011). Regulamento de atribuição do título de Enfermeiro Especialista no período transitório. Diário da República II Série, nº 47 (8/3/2011). 11113-11114

Regulamento nº 361/2015 de 26 de Junho. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República II Série, Nº 123 (26/6/2015). 17240-17243

Regulamento Nº 122/2011 de 18 de Fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, Nº35 (18-02-2011). 8648-8653

Regulamento Nº 124/2011 de 18 de Fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República II Série, Nº35 (18-02-2011). 8656-8657

Ribeiro, C. R., Moura, C. M., Sequeira, C., Barbieri, M. do C. & Erdmann, A. L. (2015). Percepção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 137–146. Acedido 20/3/2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a15.pdf>

Root, N. (2007). Creating a Safe Environment for Pediatric ED Patients. *Journal of Emergency Nursing*, 33(June), 286–289. **DOI:** 10.1016/j.jen.2006.11.005

Schaik, S. M. Van, Plant, J., Diane, S., Tsang, L. & Sullivan, P. O. (2011). Interprofessional Team Training in Pediatric Resuscitation: A Low-Cost , In Situ Simulation Program That Enhances Self-Efficacy Among Participants. *Clinical Pediatrics*, 50(9), 807–815. **DOI:** 10.1177/0009922811405518

Sears, K., O'Brien-Pallas, L., Stevens, B. & Murphy, G. T. (2013). The Relationship Between the Nursing Work Environment and the Occurrence of Reported Paediatric Medication Administration Errors: A Pan Canadian Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(4), 351–356. **DOI:** 10.1016/j.pedn.2012.12.003

Sethuraman, U., Kannikeswaran, N., Murray, K. P., Zidan, M. A. & Chamberlain, J. M. (2015). Prescription Errors Before and After. *Academic Emergency Medicine: Official Journal Of The Society For Academic Emergency Medicine*, 22(6), 714–720. **DOI:** 10.1111/acem.12678

Severo, G. C. & Girardon-Perlini, N. M. O. (2005). Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. *Scientia Medica*, 15(1), 21–29. Acedido 20/3/2017. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=445242&indexSearch=ID>

Shaw, K. N., Lillis, K. A., Ruddy, R. M., Mahajan, P. V, Lichenstein, R., Olsen, C. S. & Chamberlain, J. M. (2012). Reported medication events in a paediatric emergency research network: sharing to improve patient safety. *Emerg Med*, 1–5. **DOI:** 10.1136/emered-2012-201642

Silva, A. P. e. (2007). “Enfermagem Avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11 – 20. Acedido 14/12/2016.

Silva, A. C. M. da. (2009). *A Qualidade do Serviço de Urgência: Percepções dos Utentes e dos Prestadores*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro. Acedido 11/1/2017. Disponível em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/3471/1/2010001235.pdf>

Smith, N., & Schub, T. (2015). *Broselow Pediatric Emergency Tape: Using What is Involved in Using the Broselow Pediatric Emergency*. Acedido 12/01/2017.

Starre, C. Van Der, Dijk, M. Van, & Tibboel, D. (2012). Real-time registration of adverse events in Dutch hospitalized children in general pediatric units: first experiences.

European Journal of Pediatrics, 171(3), 553–558. DOI: 10.1007/s00431-011-1608-1

Tanner, C. A. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. Acedido 2/2/2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/7003793_Thinking_like_a_nurse_A_research-based_model_of_clinical_judgment_in_nursing

Tannure, M. C., Lima, A. P. S., Oliveira, C. R. de, Lima, S. V., & Chianca, T. C. M. (2015). Processo de Enfermagem: comparação do registro manual versus eletrônico. *Journal of Health Informatics*, 7(3), 69–74. Acedido 13/3/2017. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/337/235>

Watson, J. (2002). *Enfermagem - Ciência Humana e Cuidar. Um Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. Acedido 2/2/2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>

Wong, I. (2010). Ways to reduce drug dose calculation errors in children. *Journal of Health Services Research & Policy*, 15(1), 68–71. Acedido 4/12/2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20075134>

APÊNDICES

Histórico de pesquisa na base de dados *Medline*

P	C	C
S1 – <i>Child</i> S2 – <i>Adolescent</i> S3 – <i>Preschool</i>	S6 – <i>Medical errors</i> S7 – <i>Medication errors</i> S8 – <i>Safety</i> S9 – <i>Strategies</i>	S13 – <i>Pediatric</i> S14 – <i>Emergency nursing</i> S15 – <i>Emergency service, hospital</i> S16 – <i>Emergency medical services</i> S17 – <i>Critical care</i>
S1 = 1.882,913 S2 = 1.778,126 S3 = 806,432	S6 = 15,498 S7 = 12,702 S8 = 447,869 S9 = 445,023	S13 = 331,887 S14 = 6,542 S15 = 50,796 S16 = 38,596 S17 = 120,521
S4 = S1 and S2 and S3 = 427,596 S5 = S1 or S2 or S3 = 2.819,778	S10 = S6 or S7 = 27,574 S11 = S8 or S9 = 874,681 S12 = S10 and S11 = 10,626	S18 = S13 or S14 or S15 or S16 or S17 = 525,928
S19 = S4 and S12 and S18 = 71 artigos S20 = S5 and S12 and S18 = 71 artigos		
- Artigos dos últimos 5 anos: 34 artigos - Texto integral. 19 artigos , em que, pela leitura dos títulos, foram selecionados 5 para posterior leitura dos <i>abstract</i> e eventual análise integral.		

Histórico de pesquisa na base de dados *Cinahl*

P	C	C
S1 – <i>Child</i> S2 – <i>Adolescence</i> S3 – <i>Preschool</i>	S6 – <i>Medication errors</i> S7 – <i>Treatment errors</i> S8 – <i>Safety</i> S9 – <i>Equipment safety</i> S10 – <i>Strategies</i>	S14 – <i>Pediatric care</i> S15 – <i>Emergency department</i> S16 – <i>Emergency nursing</i> S17 – <i>Pediatric units</i> S18 – <i>Critical care</i>
S1 = 496,612 S2 = 373,369 S3 = 153,219	S6 = 11,728 S7 = 6,760 S8 = 155,826 S9 = 3,570 S10 = 147,628	S14 = 8,970 S15 = 30,950 S16 = 12,184 S17 = 1,116 S18 = 41,220
S4 = S1 and S2 and S3 = 67,791 S5 = S1 or S2 or S3 = 700,720	S11 = S6 or S7 = 18,154 S12 = S8 or S9 or S10 = 296,634 S13 = S11 and S12 = 6,411	S19 = S14 or S15 or S16 or S17 or S18 = 90,757
S20 = S4 and S13 and S19 = 17 artigos		
<p>- Artigos dos últimos 5 anos - 9</p> <p>- Texto integral.</p> <p>7 artigos em que, pela leitura dos títulos, foram selecionados 3 para posterior leitura dos <i>abstract</i> e eventual análise integral.</p>		
S21 = S5 and S13 and S19 = 87 artigos		
<p>- Artigos dos últimos 5 anos - 30</p> <p>- Texto integral.</p> <p>23 artigos em que, pela leitura dos títulos, foram selecionados 9 para posterior leitura dos <i>abstract</i> e eventual análise integral.</p>		



6º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação
Crítica

Unidade Curricular Ensino Clínico

Plano de atividades de estágio

**“A segurança terapêutica do doente crítico
pediátrico em situação de emergência: intervenção
especializada de enfermagem”**

Andreia Amaral

Professor orientador Jorge Ferreira

Lisboa

2016

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da UC Ensino Clínico, do 6º CMEPSC, surge a construção deste plano de atividades de estágio, que tem como finalidade delinear os principais objetivos e atividades a realizar em contexto de estágio com vista à obtenção do grau de mestre em PSC.

Sendo o estágio uma componente tão crucial ao desenvolvimento deste curso de mestrado é fulcral o seu prévio planeamento e preparação da estudante no que concerne ao tema por si selecionado. As idas a campo proporcionadas pela ESEL numa média total de 50 horas permitiram à estudante fundamentar e consolidar a ideia dos locais que enriquecerão o percurso de estágio.

Nesta secção são apresentados, em tabelas, os objetivos, atividades e recursos planeados para o estágio a realizar no 3º semestre do CMEPSC, cujo objetivo geral é desenvolver conhecimentos e competências especializadas de enfermagem na garantia da segurança do DCP em contexto de UP e de UCIP. Propõem-se, assim, como objetivos específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao DCP e à sua;
- Demonstrar a aquisição de competências relacionais e comunicacionais com o DCP e a sua família;
- Demonstrar a aquisição de competências éticas e legais no cuidado ao DCP e à sua família;
- Aplicar os princípios de prevenção e controlo de infeção no cuidado ao DCP e à sua família.

PLANO DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Na tabela 1 é exposto o plano das atividades comuns aos diferentes locais de estágio, sendo que nas tabelas 2 e 3 encontram-se as atividades específicas para as UP e UCIP onde se desenvolverá estágio.

Tabela 1. Plano de atividades comuns aos diferentes locais de estágio

Competências definidas no plano de estudos do CMEPSC da ESEL; Competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação; Competências definidas pela OE - Domínio das Competências Comuns do EE (Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; B. Melhoria da Qualidade C. Gestão dos cuidados. D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais).			
OBJETIVO GERAL	ATIVIDADES	RECURSOS	CRONOGRAMA
Desenvolver conhecimentos e competências especializadas de enfermagem na garantia da segurança do DCP em contexto de UP e de UCIP.	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa bibliográfica em bases de dados nacionais e internacionais; - Realização de idas a campo aos serviços selecionados; - Obtenção de informação relativa aos serviços, tendo por base o tema do projeto, junto dos enfermeiros-chefes e/ou enfermeiros responsáveis; - Perceção junto do professor orientador relativamente à pesquisa efetuada e conclusões obtidas; - Elaboração de um projeto de estágio mantendo as áreas de interesse e necessidades pessoais de formação, de acordo com as competências do EEEPSC; - Validação e avaliação do projeto de estágio com o professor orientador; - Realização de documentos reflexivos durante o estágio onde constem os limites pessoais e profissionais, as necessidades e as estratégias de melhoria; - Compilação das pesquisas e documentos reflexivos num portefólio reflexivo; - Identificação das necessidades formativas da equipa multidisciplinar e planeamento de estratégias promotoras de melhoria da qualidade. 	Humanos: professor orientador, enfermeiros-chefes, equipa de enfermagem, restante equipa multidisciplinar; Materiais: computador, bases de dados, livros, artigos científicos, notícias de jornal; Físicos: ESEL, UP1, UP2, UCIP 1, UCIP2	Ao longo da construção da RIL, no decorrer do estágio e na construção do relatório final.

No que diz respeito às UP, definem-se como objetivos específicos e respetivas atividades:

Tabela 2. Plano de atividades para as UP1 e UP2

Competências definidas no plano de estudos do CMEPSC da ESEL; Competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação; Competências definidas pela OE - Domínio das Competências Comuns do EE Competências definidas pela OE - Domínio das competências específicas do EEEPSC			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	CRONOGRAMA
<p>Prestar cuidados de enfermagem especializados ao DCP e à sua família em contexto de UP, integrada na equipa multidisciplinar;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento e apresentação da estrutura física, organizacional e da equipa multidisciplinar pelas chefias de Enfermagem; - Perceção da visão, missão e valores dos serviços; - Conhecimento das diferentes instruções de trabalho/protocolos dos serviços; - Leitura e conhecimento do plano de catástrofe vigente; - Perceção dos indicadores de avaliação que estão na base das auditorias clínicas; - Conhecimento do sistema informático em vigor nos serviços; - Perceção do material existente e local de armazenamento do mesmo; - Colaboração com o enfermeiro-chefe e o enfermeiro orientador, em tarefas de coordenação, como na gestão de recursos humanos e recursos materiais; - Observação e perceção dos modelos de triagem adotados pelas UP; - Perceção da interligação das UP com o pré-hospitalar, restantes serviços do hospital e outros hospitais; - Perceção da interligação das UCIP com a UP e com outros serviços do hospital e outros hospitais; 	<p>Humanos: professor orientador, enfermeiros-chefes, equipa de enfermagem, restante equipa multidisciplinar, doentes e suas famílias;</p> <p>Materiais: computador, bases de dados, livros, artigos científicos, notícias de jornal; material necessário à prestação de cuidados de enfermagem nos locais de estágio;</p> <p>Físicos: ESEL, UP1 e UP2</p>	<p>3 de setembro de 2016 a 16 de dezembro de 2016.</p>

	<ul style="list-style-type: none">- Perceção dos critérios de transferência do DCP;- Observação dos cuidados prestados ao DCP e à sua família pela equipa multidisciplinar, com especial enfoque para as situações emergentes;- Planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem especializados em função dos problemas identificados e dos recursos disponíveis;- Identificação prévia de focos de instabilidade no DCP e intervenção, bem como referenciação para outros elementos da equipa multidisciplinar, se necessário;- Participação nas decisões referentes ao DCP, em equipa multidisciplinar;- Demonstração de conhecimentos teóricos e práticos e respetiva articulação dos mesmos no cuidado ao DCP;- Avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem em equipa multidisciplinar;- Avaliação prévia dos conhecimentos e comportamentos da família do DCP relativamente à situação que motivou a vinda à UP;- Envolvimento da família na prestação de cuidados de enfermagem ao DCP e respetiva avaliação dos cuidados por si prestados;- Promoção da expressão de sentimentos e dúvidas da família, bem como esclarecimento das mesmas;- Realização de ensinamentos ao DCP (quando possível) e à sua família de acordo com as necessidades detetadas no episódio de urgência, tendo em conta a importância das orientações antecipatórias para a maximização da saúde;- Promoção da confidencialidade da informação referente aos doentes cuidados;		
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Delegação e supervisão dos cuidados prestados pelos restantes elementos da equipa multidisciplinar. - Melhoria da documentação das intervenções de enfermagem realizadas através de registos claros, concisos e objetivos; - Formação no serviço de origem relativamente às aprendizagens desenvolvidas; - Elaboração de protocolos de melhoria das práticas no serviço de origem. 		
<p>Demonstrar a aquisição de competências relacionais e comunicacionais com o DCP e sua família em contexto de UP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento da família na prestação de cuidados de enfermagem especializados e respetiva avaliação dos cuidados por si prestados; - Avaliação dos conhecimentos, comportamentos e dúvidas da família do DCP; - Promoção da expressão de sentimentos e dúvidas da família, bem como esclarecimento das mesmas; - Realização de ensinamentos ao DCP (quando possível) e à sua família de acordo com as necessidades detetadas no episódio de urgência, tendo em conta a importância das orientações antecipatórias para a maximização da saúde; - Perceção da distribuição dos vários elementos da equipa multidisciplinar da UP1 e da UP2 e suas técnicas de comunicação, no que concerne às situações emergentes; 	<p>Humanos: professor orientador, enfermeiros-chefes, equipa de enfermagem, restante equipa multidisciplinar; doentes e suas famílias;</p> <p>Materiais: computador, bases de dados, livros, artigos científicos, notícias de jornal; material necessário à prestação de cuidados de enfermagem nos locais de estágio;</p> <p>Físicos: ESEL, UP1 e UP2</p>	<p>3 de setembro de 2016 a 16 de dezembro de 2016.</p>
<p>Demonstrar a aquisição de competências éticas e legais no cuidado ao DCP e à sua</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Validação da informação acerca da história clínica do DCP com o próprio (quando possível) e/ou com a sua família; - Adequação das intervenções de enfermagem, com vista ao respeito pela confidencialidade do processo clínico de cada doente e família; - Adequação das intervenções de enfermagem, com vista ao respeito pela privacidade do doente e da sua família; 	<p>Humanos: professor orientador, enfermeiros-chefes, equipa de enfermagem, restante equipa multidisciplinar, doentes e suas famílias;</p>	<p>3 de setembro de 2016 a 16 de dezembro de 2016.</p>

<p>família em contexto de UP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação prévia dos conhecimentos e comportamentos do DCP (quando possível) e/ou da sua família; - Envolvimento da família na prestação de cuidados de enfermagem ao DCP e respetiva avaliação dos cuidados por si prestados; - Validação e avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem junto do doente (quando possível) e/ou da sua família; - Discussão, em equipa, dos casos clínicos com vista à aprendizagem e melhoria da prática de cuidados de enfermagem ao DCP e à sua família; - Ampliação de conhecimentos com base em pesquisa bibliográfica e na partilha dos mesmos com a equipa multidisciplinar. 	<p>Materiais: computador, bases de dados, livros, artigos científicos, notícias de jornal; material necessário à prestação de cuidados de enfermagem nos locais de estágio;</p> <p>Físicos: ESEL, UP1 e UP2</p>	
<p>Aplicar os princípios de prevenção e de controlo de infeção no cuidado ao DCP e sua família em contexto de UP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observação das práticas correntes nas UP no que concerne à prevenção e controlo de infeção; - Perceção das instruções de trabalho / protocolos referentes ao controlo e prevenção da infeção; - Perceção da existência ou não de uma equipa de controlo e prevenção de infeção a nível hospitalar; - Respeito e demonstração de conhecimentos de boas práticas no que concerne à prevenção e controlo de infeção; - Sensibilização da família para a adoção de medidas de controlo de infeção aquando do cuidado ao doente. 	<p>Humanos: professor orientador, enfermeiros-chefes, equipa de enfermagem, restante equipa multidisciplinar, doentes e suas famílias;</p> <p>Materiais: computador, bases de dados, livros, artigos científicos, notícias de jornal; material necessário à prestação de cuidados de enfermagem nos locais de estágio;</p> <p>Físicos: ESEL, UP1 e UP2</p>	<p>3 de setembro de 2016 a 16 de dezembro de 2016.</p>

Por último, apresentam-se os objetivos e as atividades propostas para a UCIP1 e UCIP2.

Tabela 3. Plano de atividades para a UCIP1 e UCIP2

Competências definidas no plano de estudos do CMEPSC da ESEL; Competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação; Competências definidas pela OE - Domínio das Competências Comuns do EE Competências definidas pela OE - Domínio das competências específicas do EEEPSC			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	CRONOGRAMA
Prestar cuidados de enfermagem especializados ao DCP e à sua família em contexto de UCIP, integrada na equipa multidisciplinar;	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento e apresentação da estrutura física, organizacional e da equipa multidisciplinar pelas chefias de Enfermagem; - Perceção da visão, missão e valores dos serviços; - Conhecimento das diferentes instruções de trabalho/protocolos dos serviços; - Perceção dos indicadores de avaliação que estão na base das auditorias clínicas; - Conhecimento do sistema informático em vigor nos serviços; - Perceção do material existente e local de armazenamento do mesmo; - Colaboração com o enfermeiro-chefe e enfermeiro cooperante, em tarefas de coordenação, como na gestão de recursos humanos e recursos materiais; - Perceção da interligação das UCIP com a UP e com outros serviços do hospital e outros hospitais; - Perceção dos critérios de transferência do DCP; - Reconhecimento dos critérios de referenciação do DCP para outros elementos da equipa multidisciplinar; 	Humanos: professor orientador, enfermeiros-chefes, equipa de enfermagem, restante equipa multidisciplinar, doentes e suas famílias; Materiais: computador, bases de dados, livros, artigos científicos, notícias de jornal; material necessário à prestação de cuidados de enfermagem nos locais de estágio; Físicos: ESEL, UCIP1 e UCIP2	2 de janeiro de 2017 a 24 de fevereiro de 2017.

	<ul style="list-style-type: none">- Participação nas decisões referentes ao DCP, em equipa multidisciplinar;- Observação dos cuidados prestados ao DCP e à sua família pela equipa multidisciplinar, com especial enfoque nas situações emergentes;- Planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem especializados em função dos problemas identificados e dos recursos disponíveis;- Identificação prévia de focos de instabilidade no DCP e intervenção ativa, bem como referenciação para outros elementos da equipa multidisciplinar quando necessário;- Demonstração de conhecimentos teóricos e práticos e respetiva articulação dos mesmos no cuidado ao DCP;- Avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem em equipa multidisciplinar;- Avaliação prévia dos conhecimentos e comportamentos da família relativamente ao motivo de internamento do DCP;- Envolvimento da família na prestação de cuidados de enfermagem ao DCP e respetiva avaliação dos cuidados por si prestados;- Promoção da expressão de sentimentos e dúvidas da família, bem como esclarecimento das mesmas;- Realização de ensinamentos ao DCP (quando possível) e à sua família de acordo com as necessidades detetadas, tendo em conta a importância das orientações antecipatórias para a maximização da saúde;- Promoção da confidencialidade da informação referente aos doentes cuidados;		
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Delegação e supervisão dos cuidados prestados pelos restantes elementos da equipa multidisciplinar. - Melhoria da documentação das intervenções de enfermagem realizadas através de registos claros, concisos e objetivos; - Formação no serviço de origem sobre as aprendizagens desenvolvidas; - Elaboração de protocolos de melhoria das práticas no serviço de origem. 		
<p>Demonstrar a aquisição de competências relacionais e comunicacionais com o DCP e a sua família em contexto de UCIP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento da família na prestação de cuidados de enfermagem especializados e respetiva avaliação; - Avaliação dos conhecimentos, comportamentos e dúvidas da família do DCP; - Promoção da expressão de sentimentos e dúvidas da família e esclarecimento das mesmas; - Realização de ensinamentos ao DCP (quando possível) e à sua família de acordo com as necessidades detetadas ao longo do internamento, tendo em conta a importância das orientações antecipatórias para a maximização da saúde; - Perceção da distribuição dos vários elementos da equipa multidisciplinar da UCIP1 e da UCIP2 e das suas técnicas de comunicação, no que concerne às situações emergentes. 	<p>Humanos: professor orientador, enfermeiros-chefes, equipa de enfermagem, restante equipa multidisciplinar; doentes e suas famílias;</p> <p>Materiais: computador, bases de dados, livros, artigos científicos, notícias de jornal; material necessário à prestação de cuidados de Enfermagem nos locais de estágio;</p> <p>Físicos: ESEL, UCIP1 e UCIP2</p>	<p>2 de janeiro de 2017 a 24 de fevereiro de 2017.</p>
<p>Demonstrar a aquisição de competências éticas e legais no cuidado ao DCP e</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Validação da informação acerca da história clínica do DCP com o próprio (quando possível) e/ou com a sua família; - Adequação das intervenções de enfermagem, com vista ao respeito pela confidencialidade do processo clínico de cada doente e da sua família; - Adequação das intervenções de enfermagem, com vista ao respeito pela privacidade do doente e da sua família; 	<p>Humanos: professor orientador, enfermeiros-chefes, equipa de enfermagem, restante equipa multidisciplinar, doentes e suas famílias;</p> <p>Materiais: computador, bases de dados, livros, artigos</p>	<p>2 de janeiro de 2017 a 24 de fevereiro de 2017.</p>

<p>à sua família em contexto de UCIP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação prévia dos conhecimentos e comportamentos do DCP (quando possível) e/ou da sua família; - Comunicação efetiva com o DCP e a sua família; - Envolvimento da família na prestação de cuidados de enfermagem ao DCP e respetiva avaliação dos cuidados por si prestados; - Validação e avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem junto do doente (quando possível) e/ou da sua família; - Discussão, em equipa multidisciplinar, dos casos clínicos com vista à aprendizagem e melhoria da prática de cuidados de enfermagem ao DCP e à sua família; - Ampliação de conhecimentos com base em pesquisa bibliográfica e na partilha dos mesmos com a equipa multidisciplinar. 	<p>científicos, notícias de jornal; material necessário à prestação de cuidados de enfermagem nos locais de estágio;</p> <p>Físicos: ESEL, UCIP1 e UCIP2</p>	
<p>Defender os princípios de prevenção e de controlo de infeção no cuidado ao DCP em contexto de UCIP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observação das práticas correntes na UCIP1 e na UCIP2 no que concerne à prevenção e controlo de infeção; - Perceção das instruções de trabalho / protocolos referentes ao controlo e prevenção da infeção; - Perceção da existência ou não de uma equipa de controlo e prevenção de infeção a nível hospitalar; - Respeito e demonstração de conhecimentos de boas práticas no que concerne à prevenção e controlo de infeção; - Sensibilização da família para a adoção de medidas de controlo de infeção aquando do cuidado ao doente. 	<p>Humanos: professor orientador, enfermeiros-chefes, equipa de enfermagem, restante equipa multidisciplinar, doentes e suas famílias;</p> <p>Materiais: computador, bases de dados, livros, artigos científicos, notícias de jornal; material necessário à prestação de cuidados de enfermagem nos locais de estágio;</p> <p>Físicos: ESEL, UCIP1 e UCIP2</p>	<p>2 de janeiro de 2017 a 24 de Fevereiro de 2017.</p>

APÊNDICE V – Formação à equipa de enfermagem da UP do hospital de origem

Logotipo do hospital

“A segurança terapêutica do doente crítico pediátrico em situação de emergência: intervenção especializada de enfermagem”

Andreia Amaral
Enfermeira SUPed
Aluna MEPCS na ESEL sob orientação do professor Jorge Ferreira

Outubro de 2016


OBJETIVO DA APRESENTAÇÃO

Apresentar o tema do projeto e a sua importância para a melhoria da prática de enfermagem em situação de emergência (em contexto de urgência) e colher sugestões dos colegas, com vista à melhoria deste projeto

SUMÁRIO

1 Motivações pessoais e profissionais	2 Análise	3 Apoio teórico	4 Projeção da ideia

1 Motivações pessoais e profissionais




Gosto pessoal pela emergência médica em ambiente de urgência e pela Pediatria em particular

Interesse particular pela segurança do doente em contexto de sala de reanimação

ESEL


2 Análise



- Existência de uma sala de reanimação num serviço que é a porta de entrada de qualquer situação de emergência vinda do exterior;
- Elementos da equipa sem funções pré-definidas;
- Falhas de comunicação;
- Dificuldade na elaboração dos cálculos das dosagens terapêuticas;
- Dificuldade em encontrar o material necessário dada a parametrização do carro de emergência.

ESEL

2 Análise





Dados de 2015

22 ativações da sala de reanimação por pulseira vermelha:

- Convulsão: 15 episódios;
- Criança não reativa em contexto de GEA: 4 episódios;
- Criança não reativa em contexto de queda: 1 episódio;
- Criança não reativa desconhecendo-se o motivo: 1 episódio;
- Síncope: 1 episódio;
- Compromisso da via aérea em contexto de engasgamento: 1 episódio;
- Hipoglicémia: 1 episódio.

ESEL

2 Análise





29 ativações da sala de reanimação por pulseira laranja:

- **Sobredosagem/envenenamento:** 12 episódios;
- **Convulsão:** 10 episódios;
- **Estado de inconsciência/Síncope:** 3 episódios;
- **Grande traumatismo:** 3 episódios;
- **Doença Mental:** 1 episódio.

ESEL

3 Apoio teórico




Pertinência do tema

Questão de investigação: "quais as intervenções de enfermagem especializadas promotoras de maior segurança terapêutica do DCP em situação de emergência?"

PALAVRAS-CHAVE / DESCRITORES

- ✓ Enfermagem (Nursing);
- ✓ Emergência (Emergency);
- ✓ Pediatria (Pediatrics);
- ✓ Segurança (Safety);
- ✓ Erro terapêutico (Medical error);
- ✓ Estratégias (Strategies).

ESEL




"É essencial, por parte da equipa multidisciplinar, uma gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, garantindo a maior segurança possível dos doentes e evitando incidentes que podem ser prejudiciais para os mesmos e para o próprio SNS" (Despacho n.º 1400-A/2015, p. 3882).

Aumento da segurança na utilização da medicação e equipamento em situações de emergência

Aumento da segurança da comunicação em situações de emergência no cuidado ao DCP

ESEL



13% do total de incidentos notificados são incidentes de medicação, devendo-se muitas vezes a práticas pouco seguras na utilização da medicação (Despacho n.º 1400-A/2015);


As **crianças** são "suscetíveis a experienciar um **erro terapêutico**, dada a variação de peso, área corporal e maturidade orgânica, o que afeta o metabolismo e a excreção efetiva dos medicamentos" (Manias, Kinney, Crauswick & Williams, 2014);

EUA: Em crianças são frequentes **2,4 a 44,3 erros de medicação/100 admissões hospitalares** (Manias et al., 2014).

SU: **10 a 12% de taxa de erros de prescrição** (Shetrumann et al., 2015).

1/5 eventos adversos na hospitalização de crianças são causados por **erros de medicação** (Niemann et al., 2014)

ESSEL 10




Principais causas e/ou fatores contribuintes de erro no cuidado ao DCP

- Cuidado particularmente stressante
- Limitações de tempo
- Cuidado simultâneo a um aglomerado de crianças doentes
- Dificuldade em obter o peso dos doentes
- Ocorrência de diagnósticos críticos com informação limitada sobre os doentes
- Falta de formulações pediátricas e/ou apresentações de medicação que necessitam de diluição antes da administração EV
- Conhecimento inadequado das drogas, dosagens, manuseamento de equipamento
- Ruído, superlotação, frequentes interrupções, comunicação

(Root, 2007)
(Merry e Anderson, 2011)
(Depinet et al., 2014)

ESSEL 11



Através de uma comunicação segura entre os profissionais envolvidos nos mais diversos procedimentos ao DC, a probabilidade da ocorrência de erro é diminuta (Despacho n.º 1400-A/2015).

A comunicação é um fator de topo na ocorrência de erros de medicação. Uma comunicação efetiva é um componente fulcral à prática de enfermagem, sendo essencial a atenção aos detalhes, que minimizam a ocorrência de erro (Joint Commision International, 2013).

ESSEL 12

4 Projeção da ideia

a) Distribuição dos elementos de enfermagem escalados em cada turno no SUPed

Elemento de triagem ativa a campanha da sala de reanimação e encarrega-se da manutenção das funções A-B:

1. Colabora na manutenção da via aérea do doente e estabilização da coluna cervical;
2. Encarrega-se da administração de oxigénio suplementar (em caso de necessidade);
3. Monitoriza o doente (ritmo, TA, FC, FR, SpO2, temp.corporal);
4. Avalia a necessidade de pedir ajuda a outros serviços.

ESEL

13

4 Projeção da ideia

a) Distribuição dos elementos de enfermagem escalados em cada turno no SUPed

Elemento de apoio à reanimação encarrega-se da avaliação C-D-E:

1. Colocação de acesso venoso e colheita de análises;
2. Administração de medicação (em caso de necessidade);
3. Avaliação pupilar;
4. Exposição do doente;
5. Restante avaliação e manutenção dos cuidados.

Se 3º elemento:

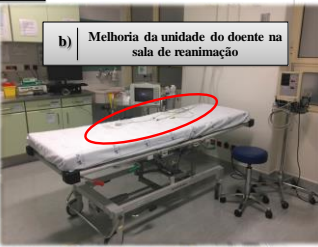
1. Apoiar os colegas;
2. Anotar sucessão de acontecimentos;
3. Proceder a registos de enfermagem.

ESEL

14

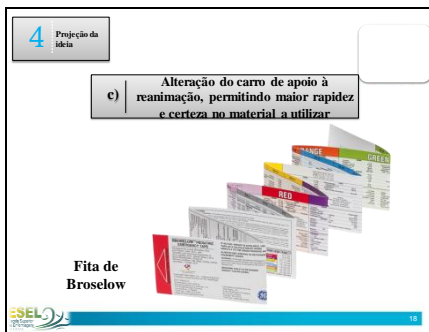
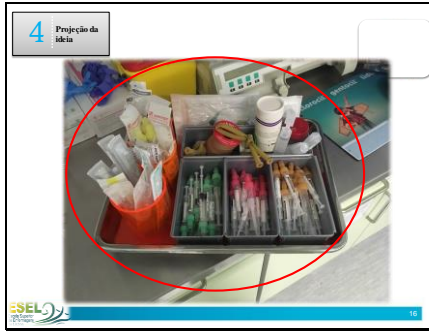
4 Projeção da ideia

b) Melhoria da unidade do doente na sala de reanimação



ESEL

15





4 Projeção da área

d) | Elaboração de um sistema informático facilitador das contas referentes à medicação adequada ao peso de cada criança

Peso da criança: x mg medicamento + x tamanho do equipamento

ESEL 20

4 Projeção da área

e) | Simulações em equipa

O treino em equipa com **simulações regulares** garantem alta qualidade dos cuidados. Estes programas de simulação demonstram um efeito benéfico na eficácia da ressuscitação (Shaick, Plant, Diane, Tsang & Sullivan, 2011)

Enfermeiros com mais confiança após cada treino = Enfermeiros cada vez mais qualificados na gestão dos cuidados emergentes em pediatria

ESEL 21

CONCLUSÕES

É extremamente importante a noção do risco de erro, particularmente em ambiente de emergência

O trabalho em equipa e uma comunicação efetiva podem ser os pilares da eficácia da reanimação

Estratégias facilitadoras de melhores práticas e cuidados de excelência em situação de emergência, devem ser postas em prática.

Omitir o erro pode desencadear consequências desastrosas. Registrar os eventos adversos relacionados com medicação é o primeiro passo no acesso à qualidade e segurança dos cuidados

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Algha, H. Z., Badary, O. A., Bushain, H. M., & Sabri, N. A. (2011). Reducing prescribing errors in the paediatric intensive care unit: an experience from Egypt. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway)*, 199(2), 100-104. e169-e174. <http://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02270.x>
- Agarwal, S., Swanson, S., Murphy, A., Yeager, K., Sharck, P., & Halasak, L. P. (2005). Comparing the Utility of a Standard Pediatric Resuscitation Card With a Pediatric Resuscitation Card Based on the Broselow Tape: A Randomized, Controlled, Crossover Trial Involving Simulated Resuscitation Scenarios. *Pediatrics*, 116(3), 326-333. <http://doi.org/10.1542/peds.2005.0520>
- Beneix, P. (2001). *De bairinhos Perito*. (Quarteto, Ed.) (1ª ed.). Coimbra.
- Cabete, D. G. (2008). Perspectiva de Formação Avançada em Enfermagem: um olhar para o panorama internacional. *Pensar Enfermagem*, 12(1), 48-52.
- Decreto-lei nº 115/2013 de 7 de Agosto. (2013). Grau académicos e diplomas do ensino superior. Diário da República I Série, Nº151 (7/8/2013), 4149-4172.
- Dępin, H. E., Iyer, S. B., Horowitz, R., Timm, N. L., & Byczkowski, T. L. (2014). The Effect of Emergency Department Crowding on Resuscitation of Children With Critically Abdominal Vial Signs. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of The Society For Academic Emergency Medicine*, 21(10), 1116-1121. <http://doi.org/10.1111/acem.12478>
- Decreto-lei nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República II Série, Nº 24 (10/2/2015), 3852-3883(4/9).
- Decreto-lei nº 5613/2015 de 27 de Maio. (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República II Série, Nº102 (27/5/2015), 13558-13553.
- Dowson, A., Ross, S., Scudis, N., Cooper, M., & Munter, C. De. (2013). How in situ simulation affects paediatric nurses' clinical confidence. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 22(11), 610.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ESEL. (2010). *Objetivos e competências do CME/PC*. Acesso em 17/7/2016. Disponível em <http://www.esel.pt/RSR/Industria/452/DOE-CME-ACF-BNE-45131526/C6/Objetivoscompetenciasportal.pdf>
- Ferreira, A. B. de H. (2004). *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. (Edição Positivo, Ed.) (3ª ed.). Curitiba.
- Ferreira, C. A. (2009). A avaliação na metodologia de trabalho de projecto: uma experiência na formação de professores. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 43(1), 143-158.
- Fortin, M.-F. (1996). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. (Lancibérica, Ed.). Loures.
- Goodson, M. D., Meguerdichian, M. J., & Clapper, T. C. (2012). CLINICAL PRACTICE COLUMN Column Editor: Mary D. Goodson, PhD, RN, CNS-BC: The Broselow Tape as an Effective Medication Dosing Instrument: A Review of the Literature: The Broselow tape. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(3), 414-420. <http://doi.org/10.1016/j.pedn.2012.04.009>
- Macias, C. G. (2013). Quality Improvement in Pediatric Emergency Medicine. *Academic Pediatrics*, 13(6), S61-S69. <http://doi.org/10.1016/j.acp.2013.06.007>
- Maina, E., Kinney, S., Cranwick, N., & Williams, A. (2014). Medication errors in hospitalised children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 50(1), 73-77. <http://doi.org/10.1111/jpc.12412>
- Merry, A. F., & Anderson, B. J. (2011). Medication errors - new approaches to prevention. *Pediatric Anaesthesia*, 21(7), 743-753. <http://doi.org/10.1111/j.1469-9592.2011.03589.x>
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model* (3ª ed.). Beverly, Ohio.
- Nicman, C. T., Manacci, C. F., Sager, D. M., Mancuso, C., & Fallon, W. F. (2006). Use of the Broselow Tape: May Result in the Underresuscitation of Children. *Academic Emergency Medicine*, 13(10), 1011-1019. <http://doi.org/10.1197/j.aem.2006.06.042>
- Nigam, P., & Support, A. L. (2007). The Use of the Broselow Tape in Pediatric Resuscitation. *Academic Emergency Medicine*, 14(3), 308-311. <http://doi.org/10.1197/j.aem.2006.02.007>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Popovich, D. (2011). 30-Second Head-to-Toe Tool in Pediatric Nursing: Cultivating Safety in Handoff Communication. *Pediatric Nursing, 37*(2), 55-59.
- Rakosa, M. E., & Myatt, M. A. (2016). Weight Estimation Tool for Children Aged 6 to 59 Months in Limited-Resource Settings. 1-19. <http://doi.org/10.1177/1073206115592426>
- Regulamento nº 166/2011 de 8 de Março. (2011). Regulamento de atribuição do título de Enfermeiro Especialista no período transitório. Diário da República II Série, nº 47 (8/3/2011), 11113-11114
- Regulamento nº 361/2015 de 26 de Junho. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República II Série, Nº 123 (26/6/2015), 17240-17243
- Regulamento Nº 122/2011 de 18 de Fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, Nº 51 (18/02/2011), 8648-8657
- Regulamento Nº 124/2011 de 18 de Fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República II Série, Nº 35 (18-02-2011), 8656-8657
- Root, N. (2007). Creating a Safe Environment for Pediatric ED Patients. *Journal of Emergency Nursing, 33*(June), 286-289. <http://doi.org/10.1016/j.jen.2006.11.005>
- Schall, S. M., Van, Pham, J., Diano, S., Tung, L., & Sullivan, P. O. (2011). Interprofessional Team Training in Pediatric Resuscitation: A Low-Cost, In-Situ Simulation Program That Enhances Self-Efficacy Among Participants. *Clinical Pediatrics, 50*(9), 807-815. <http://doi.org/10.1177/000922811140518>
- Schumann, U., Kamakswaran, N., Murray, K. P., Zelman, M. A., & Chamberlain, J. M. (2015). Prescription Errors Before and After Academic Emergency Medicine. *Official Journal of The Society For Academic Emergency Medicine, 23*(6), 714-720. <http://doi.org/10.1111/acem.12678>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Silva, A. P. e. (2007). "Enfermagem Avançada": um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir, 25*, 11 - 20.
- Smith, N. (2015). *Boslow Pediatric Emergency Tapes: Using What is Available in Using the Boslow Pediatric Emergency*.
- Starré, C., Van Der, Dijk, M. Van, & Tibboel, D. (2012). Real-time registration of adverse events in Dutch hospitalized children in general pediatric units: first experiences. *European Journal of Pediatrics, 177*(3), 553-558. <http://doi.org/10.1007/s00431-011-1608-1>
- Whitmore, R., & Kauf, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing, 52*(5), 546-553.

Logotipo do hospital



Muito obrigada pela vossa
atenção, pelas sugestões e pelo
apoio.

Logotipo do hospital



“A segurança terapêutica do doente crítico pediátrico em situação de emergência: intervenção especializada de enfermagem”

Andreia Amara
Enfermeira SUPed
Aluna MEPSOC na ESEL sob orientação do professor Jorge Ferreira



Outubro de 2016

APÊNDICE VI – Instrução de trabalho «Verificação diária da operacionalidade da sala de reanimação»

APÊNDICE VII – Verificação e *stock* do material do carro de apoio à reanimação

1. OBJETIVO

Este procedimento visa a organização e uniformização do material do carro de apoio à reanimação, no sentido de garantir maior segurança terapêutica dos doentes pediátricos em sala de reanimação.

2. ÂMBITO

Aplica-se ao serviço de Urgência Pediátrica.

3. DESCRIÇÃO

O cuidado com o cumprimento das validades do material do carro de apoio à reanimação, bem como a organização e uniformização do material em causa, facilita o trabalho executado pela equipa em situação de emergência na sala de reanimação, precavendo riscos evitáveis na utilização do equipamento de apoio a situações emergentes e, promovendo assim, maior segurança nos doentes pediátricos.

MÊS: _____

ANO:

Descrição	Stock	Prazo de validade
<u>BASE SUPERIOR</u>		
Desinfetante mãos <i>Sterillium 500ml</i>	1	09/2017
Solução cutânea <i>Iodopovidona 500ml</i>	1	06/2017
Solução cutânea anti-sética <i>Lifo-Scrub 500ml</i>	1	04/2018
Solução cutânea <i>Softasept</i> 250ml	1	11/2017
Álcool etílico 70% 250ml	1	01/2021
Balde cortantes	1	--

Máscaras faciais	1 caixa	09/2021
Suporte tubos colheita	1	--
Laringoscópio + carregador	1	--
Lâmina laringoscópio pediátrica	1	05/2017
Lâmina laringoscópio reta	1	10/2017
Lâmina laringoscópio adulto	1	10/2017
<u>1ª GAVETA FRONTAL</u>		
Catéter 20G	6	12/2017
Catéter 24G	10	08/2021
Catéter 26G	6	07/2020
Agulha 18G	20	03/2021
Agulha 20G	20	08/2019
Agulha 21G 50mm	10	03/2019
Agulha 21G 25mm	10	05/2021
Agulha 23G	10	11/2018
Agulha aleta 21G	5	05/2021
Agulha aleta 23G	5	11/2017
Obturador	10	05/2018

Torneira 3 vias	4	02/2019
Compressas não esterilizadas	--	--
Seringa 1ml	5	06/2020
Seringa 2ml	6	04/2021
Seringa 5ml	10	09/2021
Seringa 10ml	5	05/2021
Seringa 20ml	5	07/2021
Água para injetáveis 10ml EV	10	03/2018
Sucarose 24% 2ml oral	2	07/2018
Garrote	2	--
Lubrificante anestésico 7,5mg/g gel	2	06/2018
Pensos <i>tegaderm</i> para CVP	5	09/2019
<i>Steri-strip</i>	2	--
Pensos rápidos	--	--
Adesivo comum 5cm (castanho)	--	--
Adesivo <i>mefix</i>	--	--
Parafilm	--	--
Tala pediátrica	3	--
<u>2ª GAVETA FRONTAL</u>		
Tubo de colheita lítio adulto	3	10/2017

Tubo de colheita hemograma adulto	5	04/2018
Tubo de colheita hemograma pediátrico	5	01/2018
Tubo seco adulto	5	11/2018
Tubo seco pediátrico	5	--
Tubo de coagulação pediátrico	5	02/2018
Tubo VS	5	06/2017
Seringa gasometria	5	01/2019
Obturador com prolongador	5	09/2018
Transfer	3	04/2018
Zaragatoa	10	04/2018
Spongostam	1	10/2020
Clamp umbilical	5	07/2017
Bisturi	5	09/2020
Frasco colheita urina	1	07/2018
Frasco PL	3	05/2019
Agulha PL 22G	5	06/2017
Lanceta	--	--
Tampa	10	11/2018
Clamp sonda vesical / gástrica	4	12/2018

Verificação e *stock* do material do carro de apoio à reanimação

Saco colheita urina pediátrico	10	04/2019
Máquina glicémia	1	--
Tiras glicémia	--	--
Clinitubos	--	04/2017
<u>3ª GAVETA FRONTAL</u>		
Máscara alto débito adulto	1	08/2019
Máscara alto débito pediátrica	1	02/2019
Kit Aerossol	2	12/2019
Óculos nasais adulto	1	02/2021
Óculos nasais pediátrico	1	03/2020
Óculos nasais neonatais	1	02/2020
Hemocultura	2	04/2017
Cloreto de sódio 10ml	10	10/2019
Sensor de oxímetro	3	08/2018
Tubo em T	3	03/2017
Sonda O2	2	05/2017
<u>4ª GAVETA FRONTAL</u>		
Seringa administração medicação 50ml	2	11/2020
Seringa irrigação 50ml	2	12/2020

Soro fisiológico 0,9% 250ml	1	07/2019
Soro fisiológico 0,9% 500ml	1	07/2019
Soro fisiológico 0,9% 1000ml	1	03/2019
Soro ½ 500ml	1	02/2019
Dextrose em SF 500ml	1	08/2019
Sistema administração medicação por controlador de gota	4	04/2021
Sistema administração medicação por bomba infusora	2	08/2020
Sistema administração medicação com reservatório	1	04/2019
Prolongador	2	11/2021
Carvão ativado 50g granulado para suspensão oral	1	02/2021
Sonda nasogástrica CH6	3	12/2018
Sonda nasogástrica CH8	3	03/2019
Sonda nasogástrica CH10	2	07/2018
Sonda nasogástrica CH12	2	12/2018
Sonda nasogástrica CH14	2	10/2018
Sonda naso-gástrica CH16	1	10/2018
Sonda nasogástrica CH18	1	10/2018
Sonda vesical CH 10	4	04/2021

Saco coletor urina	1	04/2021
Gase gorda	2	10/2020
Penso cirúrgico adesivo 10x8cm	2	01/2019
Penso cirúrgico adesivo 15x8cm	2	10/2017
Saco de gelo	2	07/2021
Espátulas	--	10/2020
Copos plástico	10	--
Tala grande	2	--
<u>1ª GAVETA LATERAL</u>		
Luvras não esterilizadas S	1 caixa	05/2021
Luvras não esterilizadas M	1 caixa	05/2021
Luvras não esterilizadas L	1 caixa	06/2021
Compressas não esterilizadas	1 pacote	10/2019
<u>2ª GAVETA LATERAL</u>		
Luvras esterilizadas nº6	3	03/2021
Luvras esterilizadas nº6,5	3	05/2021
Luvras esterilizadas nº7	3	10/2020
Luvras esterilizadas nº7,5	3	12/2018
Aventais de plástico	4	--

Saco vómito	6	--
Resguardo	4	
Saco plástico transparente	1	--
3ª GAVETA LATERAL		
Imobilizador	4	--
Compressas esterilizadas 40x45cm	2	09/2019
Compressas esterilizadas 10x10cm	10	11/2019
Compressas esterilizadas 5x5cm	2	08/2019
Ligadura 4x5cm	3	08/2019
SUPORTE TRAZEIRO		
Sonda de aspiração CH6	2	08/2017
Sonda de aspiração CH8	2	06/2020
Sonda de aspiração CH10	2	10/2020
Sonda de aspiração CH12	2	08/2019
Sonda de aspiração CH14	2	03/2017

Verificação mensal: Assinatura + nº mecanográfico: _____

Verificação após utilização / reposição: Assinatura + nº mecanográfico: _____

ELABORADO POR

APROVADO POR

Andreia Amaral

APÊNDICE VIII – Escala de reposição / revisão mensal do carro de apoio à
reanimação

Logotipo do
hospital

Escala de reposição / revisão mensal do carro de apoio à reanimação

IMP.GER.

20-12-2016

MÊS: _____

ANO: _____

Assistente Operacional	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez

O Enfermeiro Responsável: _____

Data: __/__/____

Fármacos utilizados em sala de reanimação

16-02-2017

O presente documento visa a facilitação referente às dosagens de medicação/kg em situação de emergência e, conseqüentemente, a redução do risco de incidentes terapêuticos.

Fármacos para Entubação	Dose por Kg	Modo de administração
PROPOFOL 10 mg/ml	2-3 mg/kg	sem diluição, lento
KETAMINA 50 mg/ml	1-2 mg/kg	sem diluição, lento
MIDAZOLAM 5 mg/ml	0,1-0,2mg/kg	sem diluição, lento
MORFINA 10 mg/ml	0,1-0,2mg/kg	sem diluição, lento

Fármacos de Emergência	Intervalo de dose / kg	Diluição	ml / kg
ADENOSINA 3 mg/ml	0,1-0,2 mg/kg	nenhuma (administrar em bólu seguido de rápida perfusão SF0,9% ou API)	0,2 ml/kg
ADRENALINA 1 mg/ml	0,01 mg/kg	1ml até 10ml SF0,9%	0,1 ml/kg
AMIODARONA 150 mg/3ml	5mg/kg	Diluir 150-300 mg em 10-20ml Dx 5%, administrar lento	0,1 ml/kg
ATROPINA 0,5 mg/ml	0,02 mg/kg	nenhuma	0,04 ml/kg
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4%	1-2 mmol/kg	nenhuma	2-4 ml/kg
GUONATO DE CÁLCIO 10% (1g/10ml)	0,11mmol/kg	nenhuma	0,5ml/kg
DEXTROSE 10%	500 mg/kg	nenhuma	5ml/kg
DIAZEPAM 10mg/2ml	0,2-0,4mg/kg	nenhuma	0,04-0,08 ml/kg
MANITOL 20% (20g/100ml)	0,25-0,5 g/kg	nenhuma	1,25 ml/kg
NaCl 3% (85ml API + 15ml NaCl 20%)	2-3 ml/kg	-----	2-3 ml/kg
FENITOÍNA 50 mg/ml	20 mg/kg	250 mg até 25ml SF0,9%	2 ml/kg
FENOBARBITAL 200 mg/ml	10-20 mg/kg	200 mg em 10 ml API (administrar 1 ml/kg) Doses seguintes de 10mg/kg em intervalos de 30-60 min, até 40mg/kg	
SULFATO MAGNÉSIO 2000 mg/10ml	20-40 mg/kg	2000 mg em 100ml SF0,9% (administrar 0,1 a 0,2 ml/kg)	

Fármacos utilizados em sala de reanimação

Fluídos	Dose por Kg
Bólus de SF0,9%	10 – 20 ml/kg

Fármacos em Perfução	Intervalo de dose / kg	Modo de administração
ADRENALINA	0,05-2 microg/kg/min.	Diluir 2-4ml em 1000ml SF0,9%
AMINOFILINA	5-10 mg/kg impregnação 1mg/kg/h posteriormente	Diluir doses < 500mg em 100ml Dx5% (administrar em tempo > 30min.)
DOPAMINA	3-20 microg/kg/min.	Diluir na proporção de 200mg em 250-500ml SF0,9% ou Dx5%
DOBUTAMINA	3-20 microg/kg/min.	Diluir 250mg em volume mínimo de 50ml SF0,9% ou Dx5%
NORADRENALINA	0,05-0,5 microg/kg/min.	Diluir 4mg em 1000ml Dx5%
HIDROCORTISONA	30-120 mg/m ² /dia	Diluir em 100 a 1000ml SF0,9% ou Dx 5% (administrar em tempo > 30min.)
FUROSEMIDA	0,05-1 mg/kg/h	Diluir em 100 a 500ml SF0,9%
MIDAZOLAM	1-5 microg/kg/min.	Diluir 15mg em 100ml SF0,9% ou Dx5%
MORFINA	5-30 microg/kg/h	em 24ml SF0,9%
PROPOFOL		Sem diluição (pode adicionar-se lidocaína a 0,5% ou 1% para diminuir a dor no local de punção) Pode perfundir em sistema em Y com: SF 0,9% ou Dx 5%

APÊNDICE X – Comunicação livre no I Congresso Internacional Gestão da
Transição Segura


**I CONGRESSO INTERNACIONAL
GESTÃO DA
TRANSIÇÃO SEGURA**

9, 10 e 11 de novembro de 2016
 Auditório Centro Revivaldos dos Santos | Auditório ESEL

**A segurança do doente pediátrico em
situação crítica**
 Intervenção especializada do enfermeiro

Andreia Amaral
 Enfermeira SUPed
 Aluna MEPSC na ESEL
Professor orientador Jorge Ferreira

Lisboa, 11 de Outubro de 2016



OBJETIVO



Apresentar o tema do projeto e a sua importância para a
 melhoria da prática de enfermagem em situação de emergência

1

SUMÁRIO


1 Análise



2 Apoio teórico



3 Projeção das ideias




Pertinência do tema

2

1 Análise

- Existência de uma sala de reanimação num serviço que é a porta de entrada de qualquer situação de emergência vinda do exterior;
- Elementos das equipas sem funções pré-definidas para a sala de reanimação;
- Falhas de comunicação;
- Dificuldade na elaboração dos cálculos das dosagens terapêuticas;
- Dificuldade em encontrar o material necessário dada a parametrização do carro de emergência.

3

2 Análise

Dados de 2015

SUPed

Dados de 2015

22 ativações da sala de reanimação por pulseira vermelha

29 ativações da sala de reanimação por pulseira laranja

51 ativações → $n = 4$ ativações/mês

4

2 Apoio teórico

CINAHL MEDLINE

Questão de investigação: "quais as intervenções de enfermagem especializadas promotoras de maior segurança terapêutica do DCP em situação de emergência?"

PALAVRAS-CHAVE / DESCRITORES

- ✓ Enfermagem (Nursing);
- ✓ Emergência (Emergency);
- ✓ Pediatria (Pediatrics);
- ✓ Segurança (Safety);
- ✓ Erro terapêutico (Medical error);
- ✓ Estratégias (Strategies).

5

2 Apoio teórico

“É essencial, por parte da equipa multidisciplinar, uma gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, garantindo a maior segurança possível dos doentes e evitando incidentes que podem ser prejudiciais para os mesmos e para o próprio SNS” (Despacho n.º 1400-A/2015, p. 3882).



Aumento da segurança na utilização da medicação e equipamento em situações de emergência

Aumento da segurança da comunicação em situações de emergência no cuidado ao DCP

6

2 Apoio teórico

As **crianças** são “suscetíveis a experienciar um **erro terapêutico**, dada a variação de peso, área corporal e maturidade orgânica, o que afeta o metabolismo e a excreção efetiva dos medicamentos” (Manias, Kinney, Cranswick & Williams, 2014).

EUA: Em crianças são frequentes **2,4 a 44,3 erros de medicação/100 admissões hospitalares** (Manias et al, 2014).

SU: **10 a 12% de taxa de erros de prescrição** (Shetaraman et al, 2015).

1/5 eventos adversos na hospitalização de crianças são causados por erros de medicação (Niemann et al., 2014).

7


2 Apoio teórico

Principais causas e/ou fatores contribuintes de erro no cuidado ao DCP

- Cuidado: Dificuldade em obter o peso dos doentes
- Ocorrência de diagnósticos críticos com
- Falta de formulações pediátricas e/ou apresentações de medicação que necessitam de diluição antes da administração EV
- Conhecimento inadequado das drogas, frequência de administração
- Ruído, superlotação, interrupções, comunicação frequentes

(Root, 2007)
(Merry e Anderson, 2011)
(Depinet et al, 2014) 8

2 Apoio teórico




Através de uma comunicação segura entre os profissionais envolvidos nos mais diversos procedimentos ao DC, a probabilidade da ocorrência de erro é diminuta (Despacho n.º 1400-A/2015).

A comunicação é um fator de topo na ocorrência de erros de medicação. Uma comunicação efetiva é um componente fulcral à prática de enfermagem, sendo essencial a atenção aos detalhes, que minimizam a ocorrência de erro (Joint Commition International, 2013).

9

2 Apoio teórico



Competências técnicas + **Competências não técnicas**

Perceção situacional
Tomada adequada de decisões
Líder da equipa
Membros da equipa
DOENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO

10

3 Projeção das ideias

a) Distribuição dos elementos de enfermagem escalados em cada turno no SUPed para a sala de reanimação

Elemento de triagem ativa a campanha da sala de reanimação e encarrega-se da manutenção das funções A-B:

1. Manutenção da via aérea do doente e estabilização da coluna cervical;
2. Administração de oxigénio suplementar (em caso de necessidade);
3. Monitorização do doente (ritmo, TA, FC, FR, SpO2, TT);
4. Avaliação da necessidade de pedir ajuda a outros serviços.

11

3 Projeção das ideias

a) Distribuição dos elementos de enfermagem escalados em cada turno no SUPed para a sala de reanimação

Elemento de apoio à reanimação encarrega-se da avaliação C-D-E:

1. Colocação de acesso venoso e colheita de análises;
2. Administração de medicação (em caso de necessidade);
3. Avaliação pupilar;
4. Exposição do doente;
5. Restante avaliação e manutenção dos cuidados.

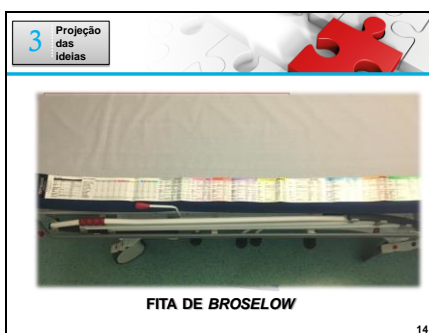
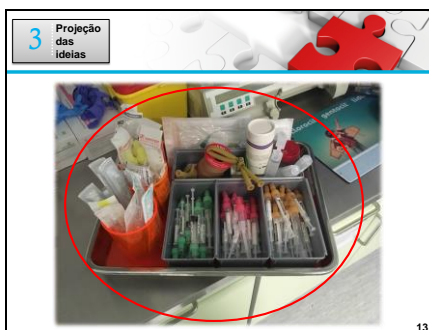
Se 3º elemento:

1. Apoiar os colegas;
2. Anotar sucessão de acontecimentos;
3. Proceder a registos de enfermagem.

Se 4º elemento:


1. Apoio à família

12



3 Projeção das ideias


c) Existência de um carro de apoio à reanimação, permitindo maior rapidez e certeza no material a utilizar



15

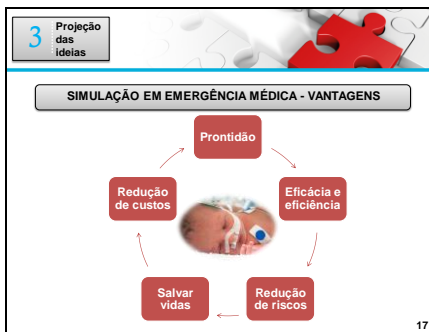
3 Projeção das ideias

d) Simulações em equipa



O treino em equipa com **simulações regulares** garantem alta qualidade dos cuidados. Estes programas de simulação demonstram um efeito benéfico na eficácia da ressuscitação (Shaick, Plant, Diane, Tsang & Sullivan, 2011)

16



CONCLUSÕES

É extremamente importante a noção do risco de erro, particularmente em ambiente de emergência

Omitir o erro pode desencadear consequências desastrosas. Registrar os eventos adversos relacionados com medicação é o primeiro passo no acesso à qualidade e segurança dos cuidados

O trabalho em equipa e uma comunicação efetiva podem ser os pilares da eficácia da reanimação

Estratégias facilitadoras de melhores práticas e cuidados de excelência em situação de emergência, devem ser postas em prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alagha, H. Z., Badary, O. A., Ibrahim, H. M., & Sahri, N. A. (2011). Reducing prescribing errors in the paediatric intensive care unit: an experience from Egypt. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 100(10), e169-e174.
- Agarwal, S., Swanson, S., Murphy, A., Yeager, K., Sharek, P., & Halamek, L. P. (2005). Comparing the Utility of a Standard Pediatric Resuscitation Cart With a Pediatric Resuscitation Cart Based on the Broselow Tapes: A Randomized, Controlled, Crossover Trial Involving Simulated Resuscitation Scenarios. *Pediatrics*, 116(3), 326-333.
- Benzer, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. (Quarten, Ed.) (1ª ed.). Coimbra.
- Cabete, D. G. (2008). Perspectivas de Formação Avançada em Enfermagem: um olhar para o panorama internacional. *Pensar Enfermagem*, 12(1), 48-52.
- Decreto-lei nº 115/2013 de 7 de Agosto. (2013). Grau académico e diploma do ensino superior. Diário da República I Série, Nº151 (7/8/2013), 4749-4772
- Depinet, H. E., Iyer, S. B., Horning, R., Timm, N. L., & Byczkowski, T. L. (2014). The Effect of Emergency Department Crowding on Reassessment of Children With Critically Abnormal Vital Signs. *Academic Emergency Medicine: Official Journal Of The Society For Academic Emergency Medicine*, 21(10), 1116-1121.
- Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República II Série, Nº 28 (10/2/2015), 3882-(2)-3883-(10)
- Despacho nº 5613/2015 de 27 de Maio. (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República II Série, Nº102 (27/5/2015), 13550-13553

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dowson, A., Russ, S., Sevdalis, N., Cooper, M., & Mamer, C. De. (2013). How in situ simulation affects paediatric nurses' clinical confidence. *British Journal Of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 22(11), 610.
- ESEL. (2010). *Objetivos e competências do CMEFSC*. Acessado em 17/7/2016. Disponível em <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/6452DD0E-CBA6-4C1F-B38C-65E31525C4C0/Objetivoscompetenciasportal.pdf>
- Ferreira, A. B. de H. (2004). *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. (Editora Positivo, Ed.) (3ª ed.). Curitiba.
- Ferreira, C. A. (2009). A avaliação na metodologia de trabalho de projecto: uma experiência na formação de professores. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 43(1), 143-158.
- Fortin, M. F. (1996). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. (Lusociência, Ed.). Loures.
- Gordon, M. D., Megawesthian, M. J., & Clapper, T. C. (2012). CLINICAL PRACTICE COLUMN Column Editor : Mary D. Gordon, PhD, RN, CNS-BC The Broselow Tape as an Effective Medication Dosing Instrument : A Review of the Literature The Broselow tape. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(4), 416-420.
- Macias, C. G. (2013). Quality Improvement in Pediatric Emergency Medicine. *Academic Pediatrics*, 13(6), S61-S69.
- Mantas, E., Kinney, S., Cranwick, N., & Williams, A. (2014). Medication errors in hospitalised children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 50(1), 71-77.
- Merry, A. F., & Anderson, B. J. (2011). Medication errors - new approaches to prevention. *Pediatric Anaesthesia*, 21(7), 743-753.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model* (3ª ed.). Beverly, Ohio.
- Nieman, C. T., Manacci, C. F., Super, D. M., Mancuso, C., & Fallon, W. F. (2006). Use of the Broselow Tape May Result in the Underresuscitation of Children. *Academic Emergency Medicine*, 13(10), 1011 – 1019.
- Nieman, E., & Support, A. L. (2007). The Use of the Broselow Tape in Pediatric Resuscitation. *Academic Emergency Medicine*, 14(5), 500-501. <http://doi.org/10.1197/j.aem.2007.02.015>
- Papovich, D. (2011). 30-Second Heab-to-Toe Tool in Pediatric Nursing: Cultivating Safety in Handoff Communication. *Pediatric Nursing*, 27(2), 55-59.
- Ralston, M. E., & Myatt, M. A. (2016). Weight Estimation Tool for Children Aged 6 to 59 Months in Limited-Resource Settings. 1-19. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0159220>
- Regulamento nº 166/2011 de 8 de Março. (2011). Regulamento de atribuição do título de Enfermeiro Especialista no período transitório. Diário da República II Série, nº 47 (8/3/2011), 11113-11114
- Regulamento nº 361/2015 de 26 de Junho. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República II Série, Nº 123 (26/6/2015), 17240-17243
- Regulamento Nº 124/2011 de 18 de Fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República II Série, Nº 35 (18/02-2011), 8656-8657

21

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Root, N. (2007). Creating a Safe Environment for Pediatric ED Patients. *Journal of Emergency Nursing*, 33(June), 286-289.
- Schaik, S. M. Van, Plant, J., Diane, S., Tsang, L., & Sullivan, P. O. (2011). Interprofessional Team Training in Pediatric Resuscitation: A Low-Cost, In Situ Simulation Program That Enhances Self-Efficacy Among Participants. *Clinical Pediatrics*, 50(9), 807-815.
- Selvaraman, U., Kamalakararam, N., Murray, K. P., Zidan, M. A., & Chaudhain, J. M. (2015). Prescription Errors Before and After. *Academic Emergency Medicine: Official Journal Of The Society For Academic Emergency Medicine*, 22(6), 714-720.
- Silva, A. P. e. (2007). "Enfermagem Avançada": um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11 – 20.
- Smith, N. (2015). *Broselow Pediatric Emergency Tape: Using What is Involved in Using the Broselow Pediatric Emergency*.
- Starré, C. Van Der, Dijk, M. Van, & Tibboel, D. (2012). Real-time registration of adverse events in Dutch hospitalized children in general pediatric units: first experiences. *European Journal of Pediatrics*, 171(3), 553-558.
- Whitemore, R., & Knaff, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553.

22



I CONGRESSO INTERNACIONAL
**GESTÃO DA
TRANSIÇÃO SEGURA**

academiacuf
Associação em saúde

9, 10 e 11 de novembro de 2016
Auditório Centro Reynolds dos Santos | Auditório ESELO



**MUITO OBRIGADA
PELA VOSSA
ATENÇÃO.**





**I CONGRESSO INTERNACIONAL
GESTÃO DA
TRANSIÇÃO SEGURA**

 **9, 10 e 11 de novembro de 2016**
Auditorio Centro Hospitalar dos Santos | Auditorio ESEL

**A segurança do doente pediátrico em
situação crítica**
Intervenção especializada do enfermeiro

Andreia Amaral
Enfermeira SUPed
Aluna MEPSC na ESEL
Professor orientador Jorge Ferreira



 **HOSPITAL
DOS SANTOS**

Lisboa, 11 de Outubro de 2016

APÊNDICE XI – Proposta de *checklist* de transporte intra-hospitalar do doente
pediátrico

Proposta de checklist de transporte intra-hospitalar do doente pediátrico

Serviço Origem: _____
 Serviço Destino: _____

Nome completo: _____

 Data Nascimento: ___ / ___ / _____

Pulseira de identificação

1. Doente informado
2. Registos finalizados
3. Acessos venosos permeáveis
4. Passagem de dados / SBAR

V

Espólio
 Se sim:
 Acompanha o doente
 É entregue ao familiar

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL

- | | |
|--|---|
| Não | 0 |
| Sim (tubo de <i>Guedel</i>) | 1 |
| Sim (se entubado ou com traqueostomia recente) | 2 |

2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (FR)

- | | |
|--|---|
| FR adequada à idade ^(*) | 0 |
| FR > 10cpm acima do limite superior | 1 |
| FR > 20cpm acima do limite superior ou FR < 5cpm abaixo do limite inferior | 2 |

^(*)Intervalos de normalidade – FR e FC

Idade	Frequência respiratória (FR)	Frequência cardíaca (FC)
<28 dias	40-60	120-160
28 dias – 1 ano	30-40	110-160
1-2 anos	25-35	100-150
3-4 anos	25-30	95-140
5-11 anos	20-25	80-120
11-18 anos	15-20	60-100

3. SINAIS DE DIFICULDADE RESPIRATÓRIA

- | | |
|--|---|
| Ausentes | 0 |
| Tiragem ligeira ou moderada | 1 |
| Tiragem grave e/ou gemido e/ou adejo nasal | 2 |

4. SUPORTE RESPIRATÓRIO

Não	0
Sim (oxigênio complementar)	1
Sim (Ventilação mecânica)	2

5. ACESSOS VENOSOS

Não	0
Sim, acesso venoso periférico	1
Sim, acesso venoso central	2

6. SISTEMA CARDIOVASCULAR

Pele rosada e TRC < 2 seg.	0
Pele pálida ou TRC 3 seg.	1
Pele acinzentada/marmoreada ou TRC > 3seg. ou FC > 20bpm acima do limite superior ou bradicardia > 20bpm abaixo do limite inferior)	2

(*)Intervalos de normalidade – FR e FC

Idade	Frequência respiratória (FR)	Frequência cardíaca (FC)
<28 dias	40-60	120-160
28 dias – 1 ano	30-40	110-160
1-2 anos	25-35	100-150
3-4 anos	25-30	95-140
5-11 anos	20-25	80-120
11-18 anos	15-20	60-100

7. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA

Estável	0
Moderadamente estável (requer < 15ml/min.)	1
Instável (inotrópicos ou sangue)	2

8. MONITORIZAÇÃO DO ECG

Não	0
Sim (desejável)	1
Sim (em doente instável)	2

9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA

Escala de Glasgow = 15	0
Escala de Glasgow >8 e <14	1
Escala de Glasgow «8	2

10. SUPORTE TÉCNICO E RESPIRATÓRIO

Nenhum dos abaixo indicados	0
Grupo I:	
Naloxona	
Corticosteróides	
Analgésicos	1
Grupo II:	
Inotrópicos	
Vasodilatadores	
Antiarrítmicos	
Bicarbonatos	
Trombolíticos	
Anticonvulsivantes	
Anestésicos gerais	2

Resultado:

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2	A	Assistente Operacional	Nenhum	Nenhum
3-6	B	Enfermeiro	SpO2, ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual + máscara + <i>guedel</i>
»7	C	Médico + Enfermeiro	SpO2, ECF, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor SV, Ventilador portátil, material para VA avançada

Adaptado de Etxebarria et al, 1998

Com Enfermeiro

Sem Enfermeiro

Se apresentar resultado para acompanhamento médico:

- Acompanha

- Não acompanha

- Porquê? _____

Enf do serviço de origem _____ Nº mec. . _____ Data __/__/__ Hora: __:__

Enf que acompanha _____ Nº mec. . _____ Data __/__/__ Hora: __:__

Médico que acompanha _____ Nº mec. . _____ Data __/__/__ Hora: __:__

AO que acompanha _____ Nº mec. . _____ Data __/__/__ Hora: __:__

Enf do serviço de destino _____ Nº mec. . _____ Data __/__/__ Hora: __:__

Médico do serviço de destino _____ Nº mec. . _____ Data __/__/__ Hora: __:__

APÊNDICE XII – Etiquetas de identificação a colocar nas crianças em SO e UCIP

APÊNDICE XIII – Impresso de colheita de dados da criança em UCIP

Logotipo do
hospital

Impresso de colheita de dados da criança em UCIP

DADOS PESSOAIS

Nome completo: _____

Data de nascimento: ___/___/_____ Idade: _____

Nacionalidade: _____

Centro de saúde de referência: _____

Médico de família: _____ Enfermeiro de família: _____

Antecedentes pessoais relevantes: _____

Antecedentes familiares relevantes: _____

PNV em dia: sim não

Grau de escolaridade: _____

SITUAÇÃO DE SAÚDE ATUAL

Motivo de internamento: _____

Data de admissão: ___/___/_____ Hora de admissão: ___h___min.

SV entrada:

TA= ___/___ mmHg MAP: _____ mmHg

FC= _____ bpm FR: _____ cpm

Temp.corporal= _____ °C Local de avaliação da temp.corporal: _____

ESTADO GERAL

Pele:

corada

descolorada

Hidratada

desidratada

Mucosas:

coradas descoradas
hidratadas desidratadas

Higiene:

Hábitos de higiene corporal _____

Hábitos de higiene oral _____

Alimentação:

Nº de refeições/dia _____

Tipo de dieta _____

Alergias alimentares _____

Eliminação:

Hábitos de eliminação intestinal _____

Uso de fralda Sim Não

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Peso _____

Altura _____

MEDICAÇÃO DE DOMICÍLIO

Medicação que cumpre em domicílio: _____

Alergias medicamentosas Sim Não

Se sim, a que medicamentos: _____

PROCESSO FAMILIAR

Composição familiar _____

Prestador informal de cuidados de
referência _____

- Parentesco _____

- Idade _____

- Profissão _____

Condições da habitação familiar _____

CRENÇA

Crença religiosa: _____

APÊNDICE XIV – Impresso de colheita de dados da criança em SO

Logotipo do
hospital

Impresso de colheita de dados da criança em SO

DADOS PESSOAIS

Nome completo: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Nacionalidade: _____

Centro de saúde de referência: _____

Médico de família: _____ Enfermeiro de família: _____

Antecedentes pessoais relevantes: _____

Antecedentes familiares relevantes: _____

PNV em dia: sim não

Grau de escolaridade: _____

SITUAÇÃO DE SAÚDE ATUAL

Motivo de vinda de _____ à _____ UP:

Data de admissão: ___/___/___ Hora de admissão: ___h___min.

SV entrada:

TA= ___/___ mmHg MAP: ___ mmHg

FC=___ bpm FR:___ cpm

Temp.corporal=___ °C Local de avaliação da temp.corporal: _____

ESTADO GERAL

Pele:

corada descorada

Hidratada desidratada

Mucosas:

coradas descoradas
hidratadas desidratadas

Higiene:

Hábitos de higiene corporal _____

Hábitos de higiene oral _____

Alimentação:

Nº de refeições/dia _____

Tipo de dieta _____

Alergias alimentares _____

Eliminação:

Hábitos de eliminação intestinal _____

Uso de fralda Sim Não

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Peso _____

Altura _____

MEDICAÇÃO DE DOMICÍLIO

Medicação que cumpre em domicílio: _____

Alergias medicamentosas Sim Não

Se sim, a que medicamentos: _____

PROCESSO FAMILIAR

Composição familiar _____

Prestador informal de cuidados de referência _____

- Parentesco _____

- Idade _____

- Profissão _____

Condições da habitação familiar _____

CRENÇA

Crença religiosa: _____