



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Práticas Seguras na Utilização da Medicação em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Patrícia Isabel Serrano Balancho

Orientação: Professora Doutora Maria Dulce Damas da Cruz

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Práticas Seguras na Utilização da Medicação em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Patrícia Isabel Serrano Balancho

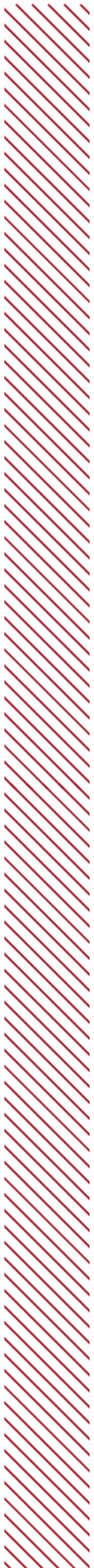
Orientação: Professora Doutora Maria Dulce Damas da Cruz

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

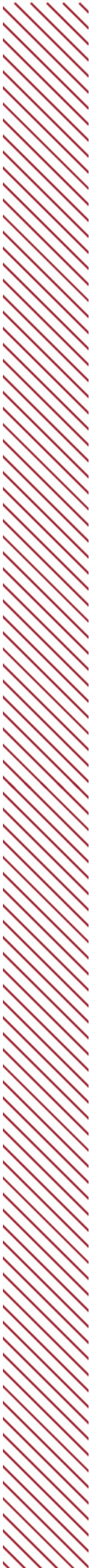
Relatório de Estágio

Portalegre, 2024



DEDICATÓRIA

Para a Matilde e para o Afonso



AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório marca o fim de uma caminhada que se iniciou em 2017, mas, como a vida é cheia de imprevistos, só termina agora em 2024. A pessoa que iniciou esta caminhada não é a mesma que a termina e tenho que agradecer profundamente a várias pessoas por esta mudança.

Em primeiro lugar, quero agradecer aos meus pais, por sempre me terem apoiado mesmo nos períodos menos bons.

À minha irmã por ser a grande irmã que ela é. Aos meus sobrinhos, que com os seus carinhos e miminhos, me enchem a alma e me deram forças para continuar.

À Professora Doutora Maria Dulce Damas da Cruz por não ter desistido de mim.

Às enfermeiras orientadoras pela sua disponibilidade, compreensão e profissionalismo.

A todas as equipas multidisciplinares dos estágios realizados, por me terem acolhido.

À Cláudia e à Lígia, minhas amigas, colegas e companheiras desta viagem que foi a realização do mestrado.

Às minhas amigas por compreenderem as ausências e por me terem apoiado sempre.

Às minhas colegas de trabalho por sempre estarem disponíveis para mim e por me incentivarem a não desistir.

Por fim, mas não menos importante, a todas as crianças e famílias que me demonstraram que apesar de, por vezes pensar o contrário, tinha dentro de mim uma grande enfermeira de pediatria. Também me ensinaram que a área pediátrica é um mundo maravilhoso. Doloroso, por vezes, no entanto mágico.

A todos o meu muito obrigado!

RESUMO

Título: Práticas Seguras na Utilização da Medicação em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

As boas práticas e a segurança do doente são um tema que tem suscitado interesse por parte de várias organizações em todo o mundo. Em Portugal, a Direção Geral de Saúde desenvolveu o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Uma das consequências das más práticas na utilização da medicação é o erro terapêutico, que é mais grave e mais frequente em Pediatria.

Foi desenvolvido um projeto de estágio, utilizando a metodologia de trabalho de projeto, que foi aplicado em todos os locais de estágio, desde os cuidados de saúde primários até aos cuidados hospitalares, cujo objetivo foi aumentar a segurança na utilização da medicação em Pediatria. Através da elaboração do projeto procurou-se sensibilizar tanto as equipas de enfermagem bem como os pais/cuidadores da população em idade pediátrica para adquirirem e desenvolverem boas práticas na utilização segura da medicação em Pediatria.

PALAVRAS-CHAVE

Medicação, Boas Práticas, Enfermagem, Segurança, Pediatria

ABSTRACT

Title: Safe Practices in the Use of Medication in Child and Pediatric Health Nursing

Good practices and patient safety are a topic that has attracted interest from several organizations around the world. In Portugal, the General Administration of Health developed the National Plan for Patient Safety 2015-2020. One of the consequences of poor practices in the use of medication is therapeutic error, which is more serious and more frequent in Pediatrics.

An internship project was developed, using the project work methodology, which was applied to all internship locations, from primary health care to hospital care, with the objective of increasing safety in the use of medication in Pediatrics. Through the development of the project, we sought to raise awareness among both nursing teams and parents/caregivers of the pediatric population to acquire and develop good practices in the safe use of medication in Pediatrics.

Keywords: Medication, Good practices, Nursing, Safety, Pediatrics

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Boas práticas na utilização da medicação num serviço de pediatria – *Checklist*.

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APA – *American Psychological Association*

DGS – Direção-Geral de Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

ISMP – *Institute for Safe Medication Practices*

NCCMERP – *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*

NIDCAP – *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PNV – Plano Nacional de Vacinação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	17
1.1 – O Medicamento em Pediatria.....	17
1.2 – O Erro Terapêutico em Pediatria.....	19
1.3 – A Segurança dos Doentes.....	22
1.3.1 – Plano Nacional Para a Segurança Dos Doentes 2015-2020.....	23
1.3.1.1 – Medicamentos LASA.....	25
1.3.1.2 – Medicamentos de Alerta Máximo ou de Alto Risco.....	26
1.3.1.3 – Reconciliação da Medicação.....	27
1.3.1.4 – Identificação Inequívoca do Doente.....	27
1.3.1.5 – Processos de Gestão de Medicação.....	29
1.4 – Teorias de Enfermagem e Modelos de Cuidados – Contributos para a Segurança na Utilização de Medicação em Pediatria	29
2 – DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE ESTÁGIO: “PRÁTICAS SEGURAS NA UTILIZAÇÃO DA MEDICAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA”	33
2.1. Contextos Dos Ensinos Clínicos.....	34
2.1.1. Estágio I.....	34
2.1.1.1 – Unidade de Saúde Familiar.....	35
2.1.2. – Estágio Final.....	38
2.1.2.1. - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	39
2.1.2.2. - Serviço de Urgência Pediátrica.....	41
2.1.2.3 - Internamento de Pediatria.....	44
2.2. – Etapas da Metodologia de Projeto.....	45
2.2.1 – Diagnóstico de Situação.....	45
2.2.2. - Definição de objetivos.....	56
2.2.3. – Planeamento e Execução do projeto.....	57
2.2.4. – Avaliação.....	67

3 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	71
3.1.- Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista.....	71
3.2.- Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista Em Saúde Infantil e Pediátrica.....	80
3.3.- Competências De Mestre.....	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
ÍNDICE DE ANEXOS.....	97
ANEXO 1 – Plano Nacional de Vacinação 2017.....	98
ANEXO 2 – Certificado de Conclusão do Curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico.....	100
ÍNDICE DE APÊNDICES.....	102
APÊNDICE 1 – Questionário aplicado à equipa de enfermagem do SUP.....	103
APÊNDICE 2 – Análise dos resultados obtidos a partir da aplicação dos questionários à equipa de enfermagem do SUP.....	107
APÊNDICE 3 – Parecer do Concelho de Ética do Hospital onde foi realizado o estudo.....	110
APÊNDICE 4 – Checklist.....	114
APÊNDICE 5 – Declaração de Consentimento Informado, Esclarecido e Livre.....	117
APÊNDICE 6 – Questionário aplicado às equipas de enfermagem da área pediátrica.....	119
APÊNDICE 7 – Análise dos resultados obtidos a partir da aplicação dos questionários às equipas de enfermagem da área pediátrica.....	124
APÊNDICE 8 – Cronogramas apresentando o planeamento das atividades propostas nos diversos estágios.....	133
APÊNDICE 9 – Atualização do PNV na sala de vacinação da USF.....	137
APÊNDICE 10 – Cartaz sobre as vacinas extra-PNV.....	139
APÊNDICE 11 – Folheto sobre a vacina Bexsero.....	141
APÊNDICE 12 – Folheto sobre a vacina Rotarix.....	143
APÊNDICE 13 – Folheto sobre a vacina Rotateq.....	145

APÊNDICE 14 – Cartaz sobre Aerossolterapia por Nebulização.....	147
APÊNDICE 15 – Folheto sobre Aerossolterapia por Câmara Expansora.....	149
APÊNDICE 16 – Livro de medicação do Carro de Urgência da UCIN.....	151
APÊNDICE 17 – Plano da Sessão de Educação para a Saúde realizada no SUP.....	154
APÊNDICE 18 – Cartaz de divulgação da Sessão de Educação para a Saúde realizada no SUP.....	157
APÊNDICE 19 – Sessão de Educação para a Saúde realizada no SUP.....	159
APÊNDICE 20 – Plano da Sessão de Educação para a Saúde realizada no serviço de Internamento de Pediatria.....	171
APÊNDICE 21 – Sessão de Educação para a Saúde realizada no Serviço de Internamento de Pediatria.....	174
APÊNDICE 22 – Questionário de avaliação da Sessão de Educação para a Saúde aplicada à equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica.....	189
APÊNDICE 23 – Análise dos dados obtidos a partir da aplicação dos questionários de avaliação da sessão de educação para a saúde à equipa de enfermagem do SUP.....	192
APÊNDICE 24 – Questionário de avaliação da sessão de educação para a saúde aplicada à equipa de enfermagem do Serviço de Internamento de Pediatria.....	195
APÊNDICE 25 – Análise dos dados obtidos a partir da aplicação dos questionários de avaliação da Sessão de Educação para a Saúde à equipa de enfermagem do Serviço de Internamento de Pediatria.....	198
APÊNDICE 26 – Estudo de Caso.....	201
APÊNDICE 27 – Resumo do Artigo: “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, o que é? Perspetivas de três equipas de enfermagem da área pediátrica sobre a segurança na utilização da medicação”	229

INTRODUÇÃO

O presente relatório de natureza profissional, surge no âmbito da Unidade Curricular [UC] Relatório, inserida no plano de estudos do 2º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Tem como objetivo permitir a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos, aptidões e competências bem como comunicar a conclusão do projeto de intervenção profissional.

A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde. (Despacho nº 9390, 2021, 96)

Os erros de medicação e práticas de utilização de medicação inseguras são uma das principais causas de danos e lesões que poderiam ser evitáveis nos sistemas de saúde. Os erros de medicação surgem quando fatores externos e/ou fatores humanos como dotações insuficientes, fadiga ou más condições ambientais afetam uma ou várias etapas do ciclo do medicamento, podendo resultar em danos graves ou morte. (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2017)

A área pediátrica “(...) comporta um conjunto específico de riscos de erros de medicação o que aumenta a sua probabilidade de ocorrência.” (Carreira, 2013, p.2)

A OMS tem-se debruçado sobre o tema da segurança na utilização de medicação, há alguns anos, desenvolvendo vários programas nomeadamente o “*Global Patient Safety Challenge on Medication Safety*” com o objetivo de reduzir o erro terapêutico em 50% em todos os países nos 5 anos seguintes. (OMS, 2017)

Em Portugal, a Direção-Geral de Saúde [DGS] desenvolveu o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes [PNSD] 2015-2020. Este plano engloba 9 objetivos, todos eles com um foco na segurança dos doentes. Um dos objetivos, mais concretamente o objetivo 4, propõe aumentar a segurança na utilização da medicação. Para este objetivo ser atingido, a DGS elaborou diversas normas e orientações, que devem ser implementadas em todas as unidades de saúde, de modo a aumentar as boas práticas na utilização da medicação.

A segurança na utilização de medicação em pediatria foi o tema escolhido para nortear a metodologia de trabalho de projeto no percurso desenvolvido no Estágio I e no Estágio final deste Mestrado. Esta metodologia centra-se na “resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real” (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.3). Em primeiro lugar, foi realizado um estágio numa Unidade de Saúde Familiar [USF]. De seguida, foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN], passando por um Serviço de Urgência Pediátrica [SUP] e terminando num Serviço de Internamento de Pediatria.

O projeto de estágio teve como objetivo geral promover práticas seguras na utilização da medicação em pediatria. Como objetivos específicos procurou-se: Identificar dificuldades e/ou pontos fracos nos contextos de trabalho relacionados com a medicação; Sugerir práticas seguras para evitar o erro terapêutico; Capacitar a família e/ou cuidadores para aumentar a segurança na utilização do medicamento.

A implementação do projeto de estágio, bem como o percurso desenvolvido nos diversos contextos clínicos, têm por objetivo proporcionar experiências diversas em pediatria que sustentem a aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista, de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre.

O presente relatório inclui a presente introdução onde se apresenta o tema a ser estudado, a sua pertinência, contextualização e definição de objetivos, seguindo-se três capítulos distintos:

O primeiro capítulo corresponde ao Enquadramento Teórico e aborda o medicamento e suas características, o erro terapêutico em pediatria e por fim explora o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015 – 2020.

O segundo capítulo corresponde ao desenvolvimento do projeto que foi aplicado nos ensinos clínicos realizados. Encontram-se detalhadas as diversas etapas referentes ao projeto desenvolvido. Iniciamos o projeto ao delinear o diagnóstico de situação, essencial para averiguar as necessidades da população estudada. De seguida delineamos os objetivos a serem cumpridos, o planeamento e procedemos com a implementação do projeto. Por fim, encontramos a avaliação do projeto desenvolvido.

No terceiro e último capítulo descrevemos as experiências vividas ao longo dos vários ensinos clínicos que permitiram a aquisição das competências de Enfermeiro Especialista, de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre.

Seguem-se as considerações finais onde é realizada uma síntese de todo o caminho percorrido ao longo do presente relatório e retiramos algumas conclusões de todo o trabalho efetuado.

Após as considerações finais, encontramos as referências bibliográficas utilizadas no presente relatório. No fim do mesmo, encontram-se os anexos utilizados no relatório e os apêndices elaborados em todos os ensinos clínicos.

Todo o documento é elaborado segundo a Norma de Referenciação Bibliográfica da *American Psychological Association* [APA] 7a edição, sendo que o texto segue as diretrizes do novo acordo ortográfico português.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 - O Medicamento em Pediatria

A população estudada neste relatório é a população em idade pediátrica. Esta população, segundo a Infarmed, em 2016, inclui os indivíduos desde o nascimento até aos 18 anos.

Um medicamento tem como objetivo produzir um efeito terapêutico, no entanto se utilizado indevidamente, pode trazer malefícios para o utente. Relativamente à área pediátrica a utilização da medicação é especialmente importante, pois “estima-se que a probabilidade de ocorrência de erros com potencial para causar danos seja três vezes maior em crianças hospitalizadas, quando comparadas aos pacientes adultos.” (Belela, Pedreira & Peterlini, 2011, p. 564)

A utilização de medicação em crianças deve ser sempre ponderada devido a vários fatores, entre eles:

- A existência de doenças específicas da infância;
- A diferença que certos medicamentos causam no organismo de uma criança comparativamente a de um adulto;
- A dificuldade do ajuste do fármaco relativamente ao crescimento contínuo da criança. (Infarmed, 2016)

Tal como na população adulta, as vias de administração da medicação nas crianças são as mesmas, no entanto existem algumas vias que são preferidas em detrimento de outras. Hockenberry e Wilson, em 2014, indicam que a via oral é a via de administração predileta para administrar medicação em crianças, pois a maioria dos medicamentos

encontra-se na forma de suspensão, ou então em forma líquida, tornando-se a via mais acessível. “Embora algumas crianças sejam capazes de deglutir ou mastigar os medicamentos sólidos numa idade precoce, as preparações sólidas não são recomendadas para crianças pequenas pelo risco de aspiração.” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.1099) Além da via oral, existem também as vias subcutânea e intradérmica, que também são bastante utilizadas em crianças. É importante ressaltar, todavia, que a técnica de administração de medicação por estas vias, difere um pouco do procedimento utilizado na população adulta. (Hockenberry & Wilson, 2014) Relativamente à via subcutânea, a medicação utilizada na população pediátrica inclui a administração de insulina, a reposição hormonal e a administração de algumas vacinas. A via intradérmica é utilizada, por exemplo, na realização de testes de tuberculina, anestesia local ou testes de alergia. (Hockenberry & Wilson, 2014)

Cassiani e Zem-Mascarenhas (2006) ressaltam que a via endovenosa é também bastante utilizada em crianças, em meio hospitalar. Tem como objetivos, a conservação de fluidos corporais e equilíbrio eletrolítico, suporte nutricional, reposição rápida de líquidos e, administração de medicamentos. Ao utilizar esta via, o medicamento é inserido na corrente sanguínea, sendo a ação do mesmo quase instantânea. É, por isso essencial que o profissional de saúde esteja atento ao cálculo de doses pequenas e taxas de perfusão baixas.

A via retal, é muitas vezes utilizada quando há perda da via oral, ou então quando existe uma contraindicação da mesma. Esta via é a menos fiável pois “(...) a menos que a ampola retal esteja vazia no momento da inserção, a absorção do fármaco pode ser retardada, diminuída ou impedida pela presença de fezes.” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 1105). Muitas vezes o medicamento não é absorvido.

É importante também ter em atenção a farmacocinética dos fármacos em pediatria, que varia relativamente ao paciente adulto.

Os fatores relacionados com o crescimento e a maturação alteram significativamente a capacidade de um indivíduo metabolizar e excretar os fármacos. A imaturidade ou alteração em qualquer um dos processos importantes de absorção, distribuição, bio-transformação ou excreção

podem alterar significativamente os efeitos de um fármaco. (Hockenberry & Wilson, 2014, p.1097)

Jones (2022), indica que, relativamente à absorção no trato gastrointestinal, esta é afetada por vários fatores que variam de acordo com a idade. São eles:

- Secreção ácida do estômago;
- Formação de sais biliares;
- Tempo de esvaziamento gástrico;
- Motilidade intestinal;
- Extensão e superfície de absorção efetiva intestinal;
- Flora microbiana;
- Doença.

Por sua vez, o volume de distribuição dos medicamentos altera com a idade da pessoa. “Essas mudanças relacionadas à idade são decorrentes de composição corpórea (especialmente os espaços extracelulares e de água total no corpo) e proteínas ligantes plasmáticas”. (Jones, 2022, s.p.)

Por fim, relativamente à bio-transformação ou metabolismo e à eliminação dos medicamentos, estes também “(...) variam com a idade e dependem do substrato ou do fármaco, mas a maioria deles (...) têm no plasma uma vida-média 2 a 3 vezes maior no recém-nascido do que no adulto”. (Jones, 2022, s.p.)

1.2 - O Erro Terapêutico em Pediatria

O *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* [NCCMERP] (2024), considera o erro de medicação como qualquer ato evitável, por

parte do profissional de saúde, doente ou consumidor, quando a medicação se encontra na posse destes, que pode causar dano ao doente.

Demeke et al., (2018) declaram que o erro terapêutico é um problema universal, onde cerca de 5% dos erros ocorridos resultam na morte dos pacientes e cerca de 50% dos mesmos são evitáveis.

Um medicamento tem como objetivo produzir um efeito terapêutico, no entanto se utilizado indevidamente, pode trazer malefícios para o utente. Relativamente à área pediátrica a utilização da medicação é especialmente importante, pois “estima-se que a probabilidade de ocorrência de erros com potencial para causar danos seja três vezes maior em crianças hospitalizadas, quando comparadas aos pacientes adultos.” (Belela, Pedreira & Peterlini, 2011, p. 564)

Os erros podem ocorrer tanto por fatores intrínsecos, como a falta de atenção e/ou fatores extrínsecos, como por exemplo o desadequado local de preparação da medicação. (Cassiani e Zem-Mascarenhas e Cassiani, 2006)

A população pediátrica, é mais suscetível aos erros terapêuticos do que a população adulta. Um dos fatores que leva a que a população pediátrica seja mais sensível ao erro baseia-se na existência de várias dosagens diferentes do mesmo medicamento, podendo originar um erro. Ao contrário da população adulta, a dose do medicamento calculada para a criança inclui o peso da mesma. É necessário, portanto, que se calcule a dose, levando mais facilmente ao erro. (Abay et al., 2018)

Para que a probabilidade de erro em crianças hospitalizadas não aumente, “os enfermeiros devem conhecer a dose segura dos medicamentos que administram às crianças, assim como da acção esperada, dos possíveis efeitos secundários e dos sinais de toxicidade” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 1097). De acordo com o mesmo autor, a questão da medicação pediátrica é que existem poucas formulações de medicamentos, com a dosagem pediátrica padronizada, logo a medicação utilizada na população pediátrica tem a dosagem padronizada para os adultos.

De acordo com Englebright et al., em 2014, além da medicação fornecida em diferentes dosagens, existe também a falta de terapêutica EV, em concentrações adaptadas para a população pediátrica, podendo originar erro.

É essencial perceber que, além de o erro terapêutico ocorrer com mais frequência na população pediátrica, as consequências são muito mais severas na mesma do que na população adulta. Isto ocorre porque a criança ainda não tem um mecanismo de defesa adaptativo e o seu metabolismo é muito acelerado, fazendo com que o efeito da medicação ocorra de forma quase imediata, sendo praticamente inevitável a correção do erro. (Gomes et al., 2018)

De acordo com Demeke et al. (2018), para prevenir o erro terapêutico é essencial reportar os mesmos. Já Cassiani e Zem-Mascarenhas (2006), ressaltam que imediatamente após a ocorrência do erro, este deve ser admitido de imediato, pois pode ser necessário a realização de algumas intervenções, para eliminar ou diminuir os efeitos do mesmo. De seguida, deve ser realizado um relatório do erro para que a análise deste forneça informações vitais para prevenir erros futuros.

Segundo Acerini, McClure & Tasker (2013,) os erros de medicação em pediatria mais comuns são:

Dose incorreta – Este erro é o mais comum e está associado a uma maior probabilidade de morte na criança. É por isso vital que se tenha conhecimento do peso atual da mesma e, que se faça um correto cálculo da dose de acordo com o seu peso.

Droga incorreta – Este erro é o segundo mais comum e também bastante associado a morte na criança.

Via incorreta – Este erro é também bastante comum, portanto deve-se ter muito cuidado aquando da administração da medicação.

Outros erros – estes erros incluem, a incorreta taxa de administração da medicação, administração da dosagem duplicada, ou então a administração de um medicamento a um paciente errado.

Em 2014, Filho, Júnior & Veloso realizaram um estudo que demonstra quais os erros mais comuns durante a administração da medicação. Dos vários erros que estes autores identificaram é importante salientar os seguintes:

- O desligamento das nebulizações pelos pais, antes do tempo prescrito;
- A administração de uma quantidade maior de medicamento do que a prescrita;

1.3 – A Segurança dos Doentes

Existe uma crescente preocupação com a segurança do doente desde há várias décadas. Várias organizações, tanto a nível nacional como a nível internacional têm desenvolvido programas com o objetivo de aumentar a segurança do doente e prevenir o dano do mesmo.

Em 2004 foi desenvolvida pela OMS a *World Alliance for Patient Safety*. A conceção desta aliança tornou-se um marco na luta para melhorar a segurança do doente relativamente aos cuidados de saúde em todos os países membros da OMS como um “veículo para a partilha de conhecimentos e recursos para melhorar a eficácia dos cuidados.” (OMS, 2004)

Em 1995, foi criada a *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* com quinze organizações e agências interdisciplinares. Este Conselho foi formado com o intuito de promover ativamente a notificação, compreensão e prevenção de erros de medicação através dos esforços coordenados das organizações e agências. Além disso também se concentraram em encontrar formas de melhorar a segurança do doente através de uma abordagem coordenada utilizando uma perspetiva baseada em sistemas. (Gallagher & Melnyk, 2020)

Em Portugal a Ordem dos Enfermeiros [OE] elaborou, em 2001, o documento “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” como um referencial à luz do qual os enfermeiros se envolvem num processo de reflexão, tomada de decisão e desenvolvimento do seu exercício profissional, conducente à melhoria contínua dos

cuidados prestados à população. (OE, 2024). Este programa padroniza os cuidados de enfermagem que todos os enfermeiros devem adotar no exercício da sua profissão.

Em 2015, a DGS desenvolveu o Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020, numa tentativa de aumentar a segurança do doente e diminuir o dano. Este plano que norteou todo o projeto de estágio irá ser apresentado de seguida.

1.3.1 – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020

Após se verificar que ainda existe um longo caminho a percorrer para aumentar a Segurança dos Doentes, foi criado pelo Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de Fevereiro de 2015, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Este plano é orientado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da DGS e encontra-se incluído na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde. Este plano “(...) inscreve-se no quadro de uma política pública de prevenção de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional De Saúde.” (DGS, 2015)

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes tem como objetivo principal “(...) melhorar a prestação dos cuidados de saúde em todos os níveis, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Sistema Nacional de Saúde [SNS]. (DGS, 2015). Para atingir o seu objetivo, as Comissões da Qualidade e Segurança de Unidade de Saúde deverão realizar atividades para que objetivos definidos pelo plano sejam executados.

Os objetivos definidos pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 são:

- 1 – Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
- 2 – Aumentar a segurança da comunicação;
- 3 – Aumentar a segurança cirúrgica;

- 4 – Aumentar a segurança na utilização da medicação;
- 5 – Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
- 6 – Prevenir a ocorrência de quedas;
- 7 – Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;
- 8 – Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;
- 9 – Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos microbianos.

De entre os nove objetivos propostos pelo PNSD 2015-2020, o objetivo com mais relevo para a realização deste relatório é o objetivo 4. O Plano também definiu pontos para que se consiga alcançar cada objetivo definido.

Para o objetivo 4 – Aumentar a Segurança na utilização da medicação, os pontos definidos são:

- Publicar normas sobre práticas seguras da medicação;
- Desenvolver sistemas de informação para a reconciliação terapêutica das instituições do Serviço Nacional de Saúde;
- Implementar a intercomunicação entre o Portal das Reações Adversas a medicamentos e o Notific@;
- Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes;
- Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos de alto risco;
- Implementar práticas seguras no âmbito da reconciliação terapêutica;
- Assegurar informatização de sistemas de alertas para reações medicamentosas.

No final de cada semestre, deve-se realizar uma auditoria sobre as práticas seguras da medicação.

De seguida apresentam-se as normas e orientações publicadas pela DGS com o objetivo de aumentar a segurança na utilização da medicação.

1.3.1.1 – Medicamentos LASA

A DGS publicou dia 30/12/2014 a norma número 020/2014 com o nome “Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspecto semelhantes”. Esta norma encontra-se enquadrada nos objetivos do PNSD.

De acordo com a norma anteriormente citada, os medicamentos LASA são “(...) medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspecto semelhante que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos.” A sigla LASA pode ser dividida em duas sílabas: “LA” e “SA”. A sílaba “LA” significa medicamentos “*Look-Alike*” e corresponde a medicamentos que tem aspeto ou ortografia parecida. A sílaba “SA” significa medicamentos “*Sound-Alike*” e corresponde a medicamentos com o nome foneticamente similares.

Para identificar estes medicamentos deverá ser utilizado o método de inserção de letras maiúsculas (*Tall Man Lettering*). Este método consiste em inserir seletivamente letras maiúsculas no meio dos nomes de medicamentos ortograficamente semelhantes para se poder diferenciar os vários medicamentos.

É essencial que estes medicamentos estejam bem assinalados pois, segundo a norma acima referida, a existência de nomes de medicamentos muito parecidos é uma das causas mais comuns para a ocorrência de erros relacionados com a medicação. A mesma norma assinala que “de acordo com a literatura, um em cada quatro destes incidentes estão relacionados com medicamentos LASA”.

A norma assinala alguns passos que as instituições devem adotar para que não ocorram incidentes com a medicação LASA. Alguns exemplos de ações a adotar:

- Elaborar e divulgar a lista de medicamentos LASA existentes na instituição;
- Garantir que os profissionais conheçam a lista de medicamentos LASA da sua instituição;
- Desenvolver estratégias ao nível do armazenamento dos medicamentos LASA.

1.3.1.2 – Medicamentos de Alerta Máximo ou de Alto Risco

A norma sobre medicamentos de alerta máximo tem o número 014/2015 e foi publicada dia 06/08/2015, pela DGS. Esta norma tem como objetivo assegurar que as instituições de saúde adotem estratégias no que respeita à utilização de medicamentos de alerta máximo. É muito importante que as instituições adotem estratégias pois, segundo a norma, os medicamentos de alerta máximo ou de alto risco são “(...) medicamentos que possuem um risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização.” Ou seja, estes medicamentos possuem um risco acrescido de provocar danos ao doente. A norma também explana que

embora os erros que possam ocorrer com estes medicamentos não sejam os mais frequentes, as suas consequências tendem a ser mais graves, podendo ocasionar lesões permanentes ou a morte e aumentar os custos associados aos cuidados de saúde prestados ao doente.

De salientar que é de extrema importância, utilizar a dupla verificação, durante a preparação de todos os medicamentos, especialmente os medicamentos de alerta máximo. Segundo a *Institute for Safe Medication Practices*, [ISMP] (2005), a dupla verificação independente é um método em que um segundo profissional de saúde irá realizar a verificação da medicação após um primeiro profissional o fazer. Esta verificação pode ser realizada na presença ou não do primeiro profissional, no entanto se o primeiro profissional estiver presente não pode existir comunicação entre eles para a não contaminação da verificação.

1.3.1.3 - Reconciliação da Medicação

Outra norma essencial para aumentar a segurança na utilização da medicação é a norma da reconciliação da medicação. Esta norma, portadora do número 018/2016, foi publicada dia 30/12/2016, também pela DGS.

De acordo com a norma citada anteriormente, a reconciliação da medicação é um

(...) processo que contribui para manter atualizada a lista da medicação de cada doente, bem como outras informações importantes, nomeadamente reações adversas a medicamentos e alergias, evitando discrepâncias entre a sua medicação habitual e a medicação instituída em cada momento de transição de cuidados.

Este processo é de extrema importância, pois, segundo a literatura, citada na norma de reconciliação da medicação, uma percentagem muito grande de erros de medicação ocorre durante este procedimento.

1.3.1.4 – Identificação Inequívoca do Doente

A norma sobre mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde, tem como número 018/2011 e foi publicada dia 23/05/2011, pela DGS. Nesta norma encontram-se todos os passos corretos para uma correta identificação do doente.

Segundo a norma citada, os dez princípios que devem ser seguidos na correta identificação dos doentes são:

“1 – Confirme a identidade do doente antes de realizar cada ato;

2 – Se não for possível determinar com segurança a identificação do doente não realize o ato;

3 – Utilize sempre mais do que um dado de identificação inequívoco. Recorra sempre a dois dos três elementos e nunca só um;

4 – Não assuma que dar o nome ao doente para ele confirmar a sua identificação é garantia que o doente é, de facto, quem conforma ser. Um doente pode responder afirmativamente por ansiedade, por limitação auditiva, por confusão, etc;

5 – Pergunte qual o nome do doente, para que seja ele a identificar-se;

6 – Não assuma que o doente que está numa cama é o doente certo;

7 – Confira os dados do doente com os da pulseira antes de a colocar, mesmo que conheça bem o doente. É importante verificar que os dados estão corretamente inscritos na pulseira;

8 – Verifique a legibilidade da pulseira com frequência. Substitua a pulseira antes que se torne ilegível;

9 – Na alta do doente, a pulseira só deve ser retirada imediatamente antes da saída da instituição;

10 – O doente tem o direito de recusar a utilização da pulseira. É dever do profissional informar o doente do risco que corre, para que o doente possa assumir o risco conscientemente”.

Esta norma, apesar de não se enquadrar no ponto número 4 do plano nacional da saúde do doente, mas sim no ponto 5, é bastante importante para aumentar a segurança na utilização da medicação pois, segundo a mesma, a falha na correta identificação do doente leva a ocorrência de erros em vários cuidados prestados, seja na medicação, na utilização de meios complementares de diagnóstico ou transfusões.

1.3.1.5 – Processo de Gestão de Medicação

O processo de gestão de medicação, é essencialmente o ciclo do medicamento. Inicia-se na seleção, aquisição e armazenamento do medicamento, transitando posteriormente para a prescrição, validação, dispensa, preparação, administração e monitorização do mesmo.

A orientação, publicada pela DGS, com o nome “Processo de Gestão da Medicação” e número 014/2015, publicada no dia 17/12/2015, encontra-se enquadrada no ponto 4 do PNSD 2015-2020, já que durante o processo de gestão da medicação existe uma grande probabilidade de ocorrência de erros. A orientação refere que

o potencial para erros no processo de gestão da medicação em especial em ambiente hospitalar é elevado, como consequência não só do número de medicamentos administrados ao doente durante o internamento, mas também pelo número de profissionais de saúde e atividades envolvidas no processo.

Foi por este motivo que se tornou essencial a construção da presente orientação, com as diretrizes necessárias para diminuir a probabilidade de erro durante o processo de gestão de medicação.

1.4 – Teorias de Enfermagem e Modelos de Cuidados – Contributos para a Segurança na Utilização de Medicação em Pediatria

As teorias de enfermagem são essenciais para o reconhecimento da enfermagem enquanto profissão e enquanto disciplina, pois estas “(...) representam as ideias mais extensas e o conhecimento mais sistemático sobre a enfermagem.” (Alligod & Tomey, 2004, p. 15)

Uma das teorias desenvolvidas no século XX e de papel vital para a enfermagem é a Teoria de Virgínia Henderson.

Virgínia Henderson nasceu em 1897 nos Estados Unidos da América. Interessou-se pela Enfermagem durante a Primeira Guerra Mundial, licenciando-se na *Army School of Nursing*. Começou a trabalhar no *Henry Street Visiting Nurse Service* em Nova York, e cedo se direccionou para a via ensino. Esta teórica teve uma extensa carreira como autora e investigadora. (Alligod & Tomey, 2004)

A Teoria de Virginia Henderson encontra-se publicada no “*The Principles and Practice of Nursing*.” Para esta teórica a

(...) a única função da enfermeira é assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das actividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio, caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de modo a ajudá-lo a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível. (Alligood & Tomey, 2004, p. 114)

Virginia Henderson defendeu que existem 14 necessidades básicas que o doente possui. A enfermeira, através dos cuidados de enfermagem, deve ajudar o doente a supri-las. São elas:

- “1 – Respirar normalmente;
- 2 – Comer e beber de forma adequada;
- 3 – Eliminar os resíduos corporais;
- 4 – Movimentar-se e manter a postura correta;
- 5 – Dormir e descansar;
- 6 – Escolher a roupa – vestir-se e despir-se;
- 7 – Manter a temperatura corporal dentro dos valores normais mediante a seleção de roupa e a modificação do ambiente;

- 8 – Manter o corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos;
- 9 – Evitar os riscos do ambiente e evitar lesar outros;
- 10 – Comunicar-se com os demais, expressando emoções, necessidades, temores e opiniões;
- 11 – Realizar práticas religiosas segundo a fé de cada um;
- 12 – Trabalhar de modo a sentir-se realizado;
- 13 – Jogar ou participar em diversas formas de recreação;
- 14 – Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normal e utilizar os recursos de saúde disponíveis.” (Alligood & Tomey, 2004, p. 114)

As atividades realizadas nos diversos contextos de estágio, bem como o tema presente neste relatório “Práticas Seguras na Utilização da Medicação em Pediatria” enquadram-se no pressuposto nove: Evitar os riscos do ambiente e evitar lesar outros.

Virginia Henderson, relativamente ao ambiente, declara que “as enfermeiras devem ter educação sobre a segurança” (Alligood & Tomey, 2004, p.115) e “as enfermeiras devem proteger os doentes de danos mecânicos.” (Alligood & Tomey, 2004, p.115). Portanto, segundo esta teoria, todos os enfermeiros têm o dever de se educarem continuamente sobre a segurança do doente e devem evitar ao máximo qualquer dano que possam causar ao mesmo.

Todo o presente relatório norteou-se por estes pressupostos. Ao se elucidar as equipas de enfermagem e os pais/cuidadores da população em idade pediátrica, sobre como adotar boas práticas que possam aumentar a segurança na utilização de medicação, atinge-se as noções descritas por Virginia Henderson.

Além da teoria de Virginia Henderson, o presente projeto também se baseou no Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. A OE (2015) citando Casey (1993), refere que

Em 1988 Anne Casey desenvolveu um modelo de cuidados pediátricos – cuidados em parceria – que identifica claramente o contributo significativo dos pais para os cuidados prestados à criança hospitalizada. Neste modelo, a criança é o alvo dos cuidados – o cliente. A família é considerada, mas enquanto prestadora de cuidados à criança. As informações obtidas sobre a estrutura, dinâmica e recursos familiares são relevantes apenas para avaliar a capacidade para orientar a família. (p.17)

Este modelo engloba cinco conceitos. São eles, a criança, a família, o enfermeiro, a saúde e o ambiente. A criança é o elemento central dos cuidados e é dependente dos pais e/ou cuidadores para satisfazer as suas necessidades. A família é o conjunto de pessoas que são responsáveis por prestar os cuidados à criança e influenciam bastante o seu desenvolvimento. O enfermeiro é o profissional responsável por prestar cuidados de enfermagem especializados à criança, envolvendo a família nos cuidados à mesma. A saúde é o estado de bem-estar, tanto físico, como psicológico que se deve encontrar sempre bem, para que a criança se consiga desenvolver corretamente. O ambiente são todos os estímulos externos à criança que influenciam o desenvolvimento da mesma. (Simões, 2022, citando Casey, 1993)

Este modelo, que enfatiza a importância da envolvimento dos pais na prestação dos cuidados aos filhos, permitiu que estes desenvolvessem estratégias de modo a adotar boas práticas que possam aumentar a segurança na utilização da medicação.

2 – DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE ESTÁGIO: “PRÁTICAS SEGURAS NA UTILIZAÇÃO DA MEDICAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA”

O presente relatório inclui a apresentação de um projeto de estágio sobre o tema “Práticas Seguras na Utilização da Medicação em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”. O projeto foi realizado ao longo de todos os ensinamentos clínicos, nomeadamente, o Estágio I e o Estágio final. Estes estágios encontram-se inseridos no Curso de Mestrado em Enfermagem, com área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O tema supracitado enquadra-se na seguinte linha de investigação delineada para o presente curso de mestrado em Enfermagem: “Segurança e Qualidade de Vida”.

O projeto de estágio foi elaborado, tendo como base a metodologia de trabalho de projeto.

De acordo com Ferrito, Nunes & Ruivo (2010), um projeto pode ser definido como “(...) um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar” (p.4), ou seja é um plano que norteia os investigadores a resolver um problema que surgiu.

A metodologia de projeto tem como objetivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real. A metodologia constitui-se assim como uma ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática. (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.3)

A metodologia de projeto encontra-se estruturada em cinco partes distintas. São elas:

1 – Diagnóstico de Situação

2 – Definição dos Objetivos

3 – Planeamento

4 – Execução

5 – Avaliação.

2.1. – Contextos dos Ensinos Clínicos

Os ensinos clínicos encontram-se divididos em dois estágios diferentes, o estágio I e o estágio final.

Ambos têm como objetivos desenvolver o conhecimento e competências científicas, técnicas e humanas que visem a abordagem da criança/jovem e família ao longo do seu ciclo de vida, numa perspetiva de prestação de cuidados em resposta ao processo de crescimento e desenvolvimento e à maximização da sua saúde; desenvolver, mobilizar e integrar as competências científicas, técnicas e humanas para o planeamento, execução e gestão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade.

2.1.1. – Estágio I

De acordo com a ficha da Unidade Curricular, o estágio I deveria ser realizado, preferencialmente em centros de saúde e consultas externas de pediatria, centros de paralisia cerebral/ CERCI, programas ou projetos de intervenção. Este estágio pretende que os estudantes adquiram e desenvolvam as seguintes competências:

- Assistir a criança/jovem e família na maximização da sua saúde;

- Promover o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem;
- Implementar e gerir um plano de saúde promotor da parentalidade e da saúde;
- Diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e situações de risco que afetem a vida/qualidade de vida da criança/jovem;
- Prestar cuidados específicos ao longo do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem em situações de especial complexidade.

2.1.1.1- Unidade de Saúde Familiar

O estágio I foi realizado numa Unidade de Saúde Familiar do Agrupamento de Centros de Saúde [ACES] do Alentejo Central e decorreu desde o dia 14/05/2018 até ao dia 22/06/2018, perfazendo 6 semanas de duração.

A presente USF tem por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, garantindo a acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos mesmos. As atividades da equipa visam melhorar o nível de saúde da população inscrita através de hábitos de vida saudáveis e da prestação de cuidados de saúde personalizáveis. Pretende-se que os serviços sejam prestados de forma cortês e profissional, imprimindo uma cultura de rigor e qualidade técnica e científica.

Tem como visão o fato de ser uma unidade prestadora de cuidados de saúde primários de excelência, adequados às características das populações próxima das famílias e dos cidadãos, sustentável e baseada na vontade empreendedora dos profissionais.

Os valores defendidos pela USF são o respeito pelos outros, bem como pelas suas ideias e atividades; solidariedade na persecução dos objetivos do grupo; participação ativa na vida da USF; consenso em todas as circunstâncias; democraticidade; interioridade – o grupo resolve as suas questões no seu interior; compromisso – todos os elementos da

equipa comprometem-se a dar o seu melhor para cumprir os objetivos da equipa e implementa a sua filosofia.

Esta USF tem como objetivos:

- Prestação de cuidados de saúde de forma personalizada garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos à população inscrita na lista dos médicos participantes, que integram a USF;
- Seguimento em equipa multiprofissional, com resposta, independentemente de o seu médico de família estar ou não disponível;
- . Privilegiar o contacto com médico/enfermeiro de família, com o necessário esquema de intersubstituições;
- Disponibilização de consultas específicas para algumas atividades com particularidades especiais;
- Resposta às situações agudas que surjam no horário de funcionamento da USF.

A USF funciona todos os dias da semana. De segunda a sexta-feira funciona das 08h até às 20h. Durante sábados, domingos e feriados funciona das 08h até às 14h.

A USF onde se realizou o estágio localiza-se no mesmo edifício que outras unidades de cuidados de saúde primários se encontram. É constituída por duas salas de espera, uma delas apenas para a população em idade pediátrica, vários consultórios médicos, uma sala de enfermagem, uma sala de tratamentos e um balcão onde se encontram os administrativos. Contém também uma sala destinada apenas à vacinação e salas onde se realizam as várias consultas de enfermagem.

Iniciou a sua atividade dia 28/11/2006. A equipa de profissionais de saúde é constituída por 8 médicos, 8 enfermeiros, 6 secretários clínicos e 6 médicos internos. Esta USF apresenta 14,392 utentes inscritos, todos com médico de família atribuído.

Relativamente à área da saúde infantil e pediátrica, esta USF oferece consultas de saúde infantil e juvenil, vacinação, realização do rastreio de doenças metabólicas no recém-nascido e acompanhamento de escolas no âmbito da prevenção e promoção da saúde.

Durante a realização do ensino clínico acompanhámos a enfermeira supervisora clínica durante a realização das consultas de vigilância de saúde infantil e pediátrica, realização do rastreio de doenças metabólicas no recém-nascido e realização de vacinação.

A consulta de saúde infantil e juvenil é realizada por um enfermeiro, em conjunto com o médico de família. Primeiro a criança e a sua família realizam a consulta de enfermagem e de seguida realizam a consulta médica. É, portanto, utilizado o método de enfermeiro de família. A consulta de enfermagem de saúde infantil e pediátrica é realizada de acordo com as orientações encontradas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ]. Segundo o PNSIJ, em todas as consultas devem se avaliar os seguintes pontos:

- Preocupações dos pais, ou do próprio, no que diz respeito à saúde;
- Intercorrências desde a consulta anterior, frequência de outras consultas e medicação em curso;
- Frequência e adaptação ao infantário, ama, ATL e escola;
- Hábitos alimentares, prática de atividades desportivas ou culturais e ocupação de tempos livres;
- Dinâmica do crescimento e desenvolvimento, comentando a evolução das curvas de crescimento e os aspetos do desenvolvimento psicossocial;
- Cumprimento do calendário vacinal, de acordo com o Plano Nacional de Vacinação [PNV].

Os registos são realizados no sistema informático *SClínico*. É registada também toda a informação da criança no boletim de Saúde Infantil e Juvenil.

Relativamente à vacinação, esta, tal como já foi referido, é realizada numa sala específica. É necessária marcação para realizar a vacinação, no entanto se se verificar, numa consulta de vigilância de saúde infantil e pediátrica, que a criança/jovem, tem a vacinação em atraso, a mesma é realizada durante a consulta.

Na altura da realização do ensino clínico, o esquema vacinal utilizado no local de estágio, estava de acordo com o PNV 2017 que era o PNV mais atualizado. No momento da realização do relatório encontra-se disponível o PNV 2020 que entrou em vigor dia 1 de Outubro de 2020. No anexo 1 é possível encontrar o esquema vacinal recomendado pelo PNV 2017.

De acordo com o PNV 2020, as alterações relativamente ao PNV 2017 são:

- Alargamento a todas a crianças, aos 2, 4 e 12 meses de idade, da vacinação contra a doença invasiva por meningite meningocócica (*Neisseria meningitidis*) do grupo B (Vacina MenB);
- Alargamento ao sexo masculino, aos 10 anos de idade, da vacinação contra infeções por vírus do Papiloma humano (vacina HPV), incluindo os genótipos causadores de condilomas ano-genitais;
- Aplicação a grupos de risco da vacina contra o rotavírus (vacina ROTA), que é o vírus causador principal de gastroenterites em crianças.

2.1.2 – Estágio Final

O Estágio final decorreu desde o dia 17 de Setembro de 2018 até ao dia 18 de Janeiro de 2019. O estágio final dividiu-se em 3 campos de estágio diferentes. Segundo o documento da Unidade Curricular, o estágio final deveria ser realizado em serviços de urgência pediátrica, neonatologia, unidade de medicina ou cirurgia pediátrica, centros de

desenvolvimento CERCÍ ou IPSS com atendimento pediátrico. O estágio final tem como objetivo “(...) desenvolver, mobilizar e integrar competências científicas, técnicas e humanas para o planeamento, execução e gestão de cuidados de enfermagem especializados, à criança/jovem e família em situações de especial complexidade.”

O Estágio final foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, num Serviço de Urgência Pediátrica e num Internamento de Pediatria. De seguida irão ser caracterizados os diferentes campos de estágio.

2.1.2.1. – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O primeiro campo de estágio do Estágio Final foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e decorreu de 17 de Setembro de 2018 a 12 de Outubro de 2018, perfazendo 4 semanas.

A UCIN encontra-se inserida num Hospital Público que se encontra integrado no SNS, da região do Alentejo. Esta unidade encontra-se em funcionamento desde Abril de 2001, e é a unidade de referência para toda a região do Alentejo, recebendo recém-nascidos de outros distritos quando não existem vagas nos Hospitais Centrais.

O hospital onde a UCIN se encontra, tem como missão “desenvolver a sua atividade dirigida à prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores.” A visão do hospital consiste em

(...) dar resposta às necessidades de cuidados de saúde diferenciados da população que serve. Pretendemos que o hospital configure uma Unidade de Saúde moderna, eficiente, bem inserida na Rede de Referência Nacional e com uma estrutura física e organizacional racional. Desejamos em especial uma clara articulação com os outros hospitais da região e com os Cuidados de Saúde Primários, desempenhando o hospital, o papel de

Hospital Central do Alentejo. Pretendemos alcançar a médio prazo o estatuto de Hospital de Qualidade, com elevado grau de diferenciação tecnológica.

Por fim, o Hospital rege-se pelos seguintes valores: “respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; excelência técnica; cultura da melhor gestão; respeito pelas normas ambientais; promoção da qualidade; ética, integridade e transparência; motivação; trabalho de equipa.”

Relativamente ao espaço físico, a UCIN encontra-se situada no 3º piso do Hospital, perto da sala de partos. É constituída por uma sala de enfermagem, um gabinete médico, uma copa de leites, uma sala de trabalho e três salas de internamento. A lotação da Unidade de Cuidados Intensivos é de 12 camas que se encontram distribuídas pelas três salas. A sala A é destinada à prestação de Cuidados Intensivos e tem uma lotação de 3 incubadoras. A sala B é destinada à prestação de Cuidados Especiais e tem uma lotação de 6 incubadoras. Por fim a sala C é destinada à prestação de cuidados mínimos e tem uma lotação de 3 berços. Os pais podem acompanhar os recém-nascidos das 08h até às 00h, no entanto não podem acompanhar os seus filhos durante a noite, por não haver condições físicas para tal. Foram então criados, em 2004, 3 quartos, para os pais permanecerem durante o período noturno. Estes quartos encontram-se em instalações anexas à UCIN e encontram-se disponíveis para todos os setores do serviço.

A equipa disciplinar da UCIN é constituída por 20 enfermeiras, todas apresentando o grau de especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, uma administrativa e 9 médicos com competência em Neonatologia.

O método de trabalho adotado neste serviço é o método de trabalho individual. Existem três turnos por dia, sendo o turno da manhã, da tarde e da noite. A equipa de enfermagem é constituída por três elementos por turno. Durante a semana, a enfermeira chefe também se encontra no serviço durante os turnos da manhã.

Os registos de enfermagem são realizados em suporte de papel e encontram-se perto de cada recém-nascido internado.

A UCIN utiliza como método, o método NIDCAP. A sigla [NIDCAP] significa (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*). Segundo a *NIDCAP Federation International* este método é o

Sistema mais antigo, mais abrangente e comprovado por pesquisas para avaliar e apoiar os pontos fortes individuais de bebés nascidos prematuramente e de outros bebés de alto risco médico enquanto ainda estão no hospital. É uma abordagem de cuidado que se concentra nas comunicações comportamentais únicas de cada bebé e adapta os cuidados e o ambiente de cuidado. É um programa cuja missão é apoiar cuidados médicos e de enfermagem especializados, com foco no respeito mútuo, no cuidado, na nutrição e na colaboração com bebés e famílias e entre profissionais de saúde. Um modelo que dá ao bebé voz e papel ativo, junto com a família, nos cuidados que recebe. (s.p.)

2.1.2.2 – Serviço de Urgência Pediátrica

O segundo ensino clínico do estágio final, foi realizado num Serviço de Urgência Pediátrica num hospital de Lisboa. Decorreu desde o dia 15 de Outubro de 2018 até ao dia 9 de Novembro de 2018. Teve uma duração, portanto, de 4 semanas.

O SUP encontra-se inserido num Hospital Pediátrico Público do SNS da área de Lisboa. Este hospital tem como missão

(...) prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no SNS. A atividade do hospital assegura a cada doente cuidados que correspondam às suas necessidades de acordo com as melhores práticas clínicas numa lógica de governação clínica, promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, ainda, as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados, conforme o primado do doente.

O hospital tem como visão o fato de ser “(...) um hospital central, com ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido pela excelência clínica, eficácia e eficiência assumindo-se como instituição de referência.”

Os valores pelo qual o hospital se rege são os seguintes:

competência técnica; ética profissional; segurança e conforto para o doente; responsabilidade e transparência; cultura de serviço centrada no doente; melhoria continua da qualidade; cultura de mérito, rigor e avaliação sistemática; atividade orientada para resultados; trabalho em equipa multidisciplinar e pluriprofissional; boas condições de trabalho.

O SUP presta cuidados centrados na criança/adolescente e família, quer se dirigem diretamente ao serviço, ou por via de referenciação. Esta referenciação abrange a zona sul de Portugal, a zona de Lisboa e Vale do Tejo e as ilhas.

Este serviço de Urgência Pediátrica funciona 24 horas por dia e os 7 dias da semana. Presta cuidados nas áreas da Pediatria, Neuropediatria, Neurocirurgia, Cirurgia Pediátrica, Ortopedia e Pedopsiquiatria.

Relativamente ao espaço físico, este serviço de Urgência Pediátrica encontra-se no piso 0 do hospital. Este serviço é dividido em duas partes, a Urgência de Pediatria Médica e a Urgência de Pediatria Cirúrgica. Relativamente à Urgência de Pediatria Médica, esta é constituída por uma sala de espera, uma sala de triagem com capacidade de realização de três atendimentos de cada vez, cinco gabinetes médicos, uma sala de tratamentos, uma sala de aerossóis, uma Unidade de Internamento de Curta Duração e uma sala de reanimação. Já a Urgência de Pediatria Cirúrgica contém uma sala de espera, vários gabinetes médicos, uma sala de observações e uma sala de pequena cirurgia.

Este SUP apresenta uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, assistentes operacionais e por médicos de várias especialidades. Existem também outros profissionais, que apesar de não se encontrarem sempre no SUP, dão apoio ao mesmo.

O método de trabalho utilizado neste serviço é o método individual. A equipa de enfermagem é dividida em 6 enfermeiros no turno da manhã, 6 enfermeiros no turno da tarde e 5 enfermeiros no turno da noite. Durante o turno da manhã e durante a semana a enfermeira chefe também se encontra. Além destes elementos, existe o enfermeiro coordenador da equipa que tem um papel fundamental na coordenação dos turnos. Os registos de enfermagem são realizados no sistema informático *SClínico*.

A triagem dos doentes é realizada pela equipa de enfermagem, após a efetivação da inscrição pelos serviços administrativos ao chegar à Urgência.

Este hospital utiliza o Sistema de Triagem de Doentes CPTAS (*Canadian Paediatric Triage and Acuity-Scale*). É um sistema de triagem que “(...) identifica a prioridade do atendimento de acordo com a gravidade, sistema que se encontra validado para a população portuguesa, com 5 níveis de prioridade.” Cada nível de prioridade tem uma cor associada. O significado das cores é a seguinte:

Vermelho – Doentes emergentes em risco de vida que requerem cuidados imediatos

Laranja – Doentes emergentes que requerem observação rápida e vigilância contínua

Amarelo – Doentes urgentes que necessitam cuidados não imediatos

Verde – Doentes pouco urgentes

Azul – Doentes não urgentes

Após a realização da triagem pela equipa de enfermagem, os doentes são encaminhados para as diferentes especialidades de acordo com o nível de prioridade recebido.

2.1.2.3 – Internamento de Pediatria

O último ensino clínico do estágio final ocorreu de 12 de Novembro de 2018 a 18 de Janeiro de 2019 durando 8 semanas e foi realizado num serviço de internamento de Pediatria.

O serviço de internamento de Pediatria onde decorreu o estágio situa-se num Hospital Público do SNS na região do Alentejo. Este hospital tem como missão “(...) desenvolver a sua atividade dirigida à prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores.” O hospital citado tem como visão

(...) dar resposta às necessidades de cuidados de saúde diferenciados da população que serve. Pretendemos que o hospital configure uma Unidade de Saúde moderna, eficiente, bem inserida na Rede de Referência Nacional e com uma estrutura física e organizacional racional. Desejamos em especial uma clara articulação com os outros hospitais da região e com os Cuidados de Saúde Primários, desempenhando o hospital, o papel de Hospital Central do Alentejo. Pretendemos alcançar a médio prazo o estatuto de Hospital de Qualidade, com elevado grau de diferenciação tecnológica.

Relativamente aos valores, este hospital rege-se pelos seguintes: “respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; excelência técnica; cultura da melhor gestão; respeito pelas normas ambientais; promoção da qualidade; ética, integridade e transparência; motivação; trabalho de equipa.”

O presente serviço presta cuidados a crianças e jovens até aos 18 anos. Além de ser um serviço de internamento médico, o serviço de Pediatria apresenta um Hospital de Dia, e uma unidade de cirurgia pediátrica que é um exemplo para todo o Alentejo, prestando cuidados a toda a população pediátrica do Alentejo.

Relativamente ao espaço físico, o serviço de Pediatria encontra-se no 5º piso do Hospital e apresenta um gabinete médico, uma sala de enfermagem, um gabinete de enfermeira-chefe e do diretor de serviço. Apresenta, também uma sala de atividades, uma copa e uma sala de tratamentos. Apresenta 5 quartos, cada um com a lotação de 3 camas e um quarto de isolamento. Apresenta também um quarto destinado ao Hospital de Dia e um quarto destinado às cirurgias pediátricas.

A equipa multidisciplinar do serviço de Pediatria é constituída por 15 enfermeiras, 13 delas com o grau de especialista em saúde infantil e pediátrica e 2 enfermeiras generalistas. A equipa apresenta também 19 assistentes hospitalares de Pediatria médica e um assistente graduado sénior de Pediatria cirúrgica. O serviço de pediatria conta ainda com uma administrativa, uma educadora de infância, uma psicóloga e uma assistente social. A equipa de enfermagem é dividida em 3 elementos no turno da manhã, 2 elementos no turno da tarde e 2 elementos no turno da noite. Durante a semana, nos turnos da manhã, a enfermeira chefe também se encontra no serviço. O método de trabalho utilizado neste serviço é o método individual. Os registos informáticos são realizados no sistema informático ALERT.

2.2. – Metodologia de Projeto

2.2.1. – Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação é a primeira etapa da metodologia de projeto. É nesta etapa que se começa a delinear o projeto. Fortin (1999) refere que esta primeira etapa “(...) consiste em encontrar um domínio de investigação que interesse ou preocupe o investigador e se revista de importância para a disciplina” (p.30). Relativamente ao projeto desenvolvido, foi escolhido um tema que nos suscitasse muito interesse. O tema da medicação em geral e da medicação na área pediátrica sempre foi um tema bastante pertinente. Após a escolha do tema, foi realizada uma pesquisa bibliográfica com o intuito de perceber se este era relevante de ser estudado. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica

nas diversas bases de dados, revelando a existência de bibliografia que sustenta a importância do estudo da segurança da medicação na área pediátrica.

Nesta primeira etapa da metodologia de projeto

(...) definem-se os problemas quer quantitativa quer qualitativamente, estabelecendo-se as prioridades e indicando-se as causas prováveis, selecionando-se posteriormente os recursos e os grupos intervenientes. É assim uma etapa que envolve a recolha de informações de natureza objetiva e qualitativa, não descurando o aprofundamento que se pressupõe. (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p. 11)

Para realizar o diagnóstico de situação, ou seja, para definir o ou os problemas, que se pretende resolver, existem vários métodos que podem ser utilizados. Segundo Ferrito, Nunes & Ruivo (2010) existem diversos métodos, entre eles, questionários, escalas de avaliação ou entrevistas. Relativamente ao presente projeto de investigação, foram aplicados diversos métodos nos diferentes campos de estágio com o objetivo de identificar dificuldades e/ou pontos fracos nos contextos de trabalho relacionados com a medicação.

Relativamente ao estágio I, que foi realizada numa USF, foi utilizado como método de elaboração do diagnóstico de situação, a entrevista. A entrevista

(...) é um meio bastante utilizado para recolha de informação, opiniões ou de necessidades, e até maior conhecimento sobre as pessoas, as suas relações e pertença a um grupo. Podem ser realizadas individualmente ou em grupo, sendo que em grupo permite uma boa síntese, mais completa, dinâmica e compreensiva, em relação às entrevistas individuais. (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.14)

A entrevista foi realizada em grupo com o enfermeiro-chefe e com a enfermeira supervisora clínica. Após a entrevista foi possível identificar que existiam dúvidas, por

parte, tanto dos profissionais de saúde, como dos utentes/famílias sobre a segurança na utilização da medicação em Pediatria.

Como já foi supracitado, o estágio II encontra-se dividido em três campos de estágio. O primeiro estágio foi realizado numa UCIN. Neste campo de estágio também se recorreu ao mesmo método, ou sejam foram realizadas entrevistas, tanto com a enfermeira-chefe, como com a enfermeira supervisora clínica, que identificaram a existência de dúvidas por parte dos profissionais de saúde acerca da utilização da medicação em Pediatria.

O segundo estágio foi realizado num SUP. Neste local de estágio, também foram realizadas entrevistas com a enfermeira-chefe e com a enfermeira supervisora clínica. Além da realização de entrevistas, foi também aplicado outro método, para auxiliar na elaboração do diagnóstico de situação. Foi realizado um questionário, que foi aplicado à equipa de enfermagem do SUP.

Um questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos. É um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa. O questionário não permite ir tão em profundidade como a entrevista, mas permite um melhor controlo dos enviesamentos. (Fortin, 1999, p.249)

Os questionários podem ser divididos em 3 tipos distintos, de acordo com a tipologia de Hill e Hill (2008), citado por Henriques & Santos (2021, p.14). São eles:

- Aberto;
- Fechado;

- Misto.

Esta divisão baseia-se nas características das perguntas. Um questionário aberto é constituído por perguntas abertas e as respostas às perguntas são elaboradas pelo questionado. É utilizado quando o objetivo é recolher informação de carácter qualitativo, quando “(...) o investigador não tem tempo para efetuar entrevistas ou ainda quando não há muita literatura ou a que existe não dá indicação acerca das variáveis mais relevantes.” (Henriques & Santos, 2021, p.14)

Por sua vez um questionário fechado é elaborado por diversas perguntas, em que o questionado tem que escolher de entre um número de opções de respostas fornecidas pelo investigador. O questionário fechado é utilizado “(...) quando o investigador pretende obter informação quantitativa com carácter extensivo, ou quando pretende criar uma nova variável.” (Henriques & Santos, 2021, p.14)

Por fim, um questionário misto, tal como nome indica, é constituído por perguntas de resposta aberta e fechada. Este é utilizado “(...) quando o investigador quer obter informação qualitativa para contextualizar e complementar a informação quantitativa.” (Henriques & Santos, 2021, p.14)

O questionário realizado é um questionário aberto. Pode ser consultado no apêndice 1. Teve como objetivo perceber qual a perceção da equipa de enfermagem do SUP sobre a dupla verificação e a correta identificação do utente, como ferramentas úteis para a segurança na utilização de medicação em Pediatria. Este questionário é constituído por duas partes. A primeira parte refere-se à caracterização da equipa de enfermagem. Na segunda parte do questionário encontram-se as perguntas realizadas à equipa de enfermagem do SUP.

O questionário foi aplicado à equipa de enfermagem do SUP na primeira semana de estágio. Responderam ao mesmo 9 enfermeiros.

Relativamente à caracterização da equipa, os gráficos podem ser consultados no apêndice 2.

A equipa de enfermagem é relativamente grande e foram poucos os elementos a responder ao questionário. No entanto, é possível perceber que esta amostra é constituída maioritariamente por elementos jovens, com poucos anos de experiência profissional e como habilitações literárias, a maioria possui apenas a licenciatura.

A primeira questão pedia para explicar o que é a dupla verificação. Segundo o ISMP Canada (2005) a “dupla verificação independente é um processo de verificação pelo qual um segundo prestador de cuidados de saúde realiza uma verificação da tarefa concluída de outro prestador de cuidados de saúde.” Ao analisar as respostas foi possível perceber que a grande maioria referia que a dupla verificação consiste em verificar duas vezes a tarefa, não especificando que esta dupla verificação deve ser realizada por dois profissionais distintos. Apenas um enfermeiro respondeu à questão corretamente.

A segunda questão: Em Portugal a DGS recomenda a utilização da dupla verificação em qual/quais da(s) seguinte(s) situação/situações? A DGS recomenda a utilização da dupla verificação em medicamentos de alerta máximo. Nenhum enfermeiro respondeu corretamente a esta questão, a maioria respondeu simplesmente medicação, não especificando que é a medicação de alerta máximo a mais importante para se utilizar a dupla verificação independente.

Relativamente à terceira questão “Na atualidade quantos certos devem ser seguidos para uma preparação e administração de medicação segura?” Segundo a norma utilizada para elaborar as questões, são 12 os certos que a mesma preconiza. São eles:

1 – Doente certo

2 – Medicamento certo

3 – Validade certa

4 – Alergia

5 – Ensino certo

6 – Consentimento certo

7 – Via certa

8 – Horário certo

9 – Dose certa

10 – Concentração certa

11 – Ritmo certo

12 – Registo certo.

Ao analisar as respostas verifica-se que nenhum participante respondeu corretamente a esta questão: 55,5% dos inquiridos respondeu 10 certos, 22,2% respondeu 7 certos, 11,1% respondeu 6 certos e também 11,1% respondeu 5 certos. Portanto a grande maioria dos enfermeiros considera que devem seguir 10 certos para uma correta preparação e administração de medicação.

De seguida irá ser analisada a quarta questão que é a seguinte: Antes de preparar e administrar qualquer medicação, o profissional de saúde deve identificar o doente. Como o deve fazer? A resposta correta é a seguinte:

- Perguntar ao doente/acompanhante o nome completo;
- Perguntar ao doente/acompanhante a data de nascimento;
- Confirmar o nome do doente na pulseira de identificação/prescrição;
- Confirmar a data de nascimento na pulseira de identificação/prescrição.

Devem ser seguidos estes passos para identificar corretamente um doente. Também esta questão não obteve respostas corretas. A grande maioria das respostas inclui apenas perguntar ao doente/acompanhamento o nome completo e a data de nascimento. No

entanto nenhuma resposta inclui o ato de confirmar estes dados pessoais na pulseira de identificação/ prescrição.

Por fim, relativamente à quinta e última questão: “Quais os dados que podem ser utilizados para identificar um doente?”. A resposta correta é a seguinte: Nome completo; data de nascimento de número do processo clínico.

A análise das respostas demonstra que apenas um enfermeiro respondeu corretamente à questão. A grande maioria das respostas refere apenas o nome completo e a data de nascimento, no entanto não referem o número do processo clínico.

Podemos então, concluir que, este questionário permitiu mostrar que existe uma lacuna, por parte dos enfermeiros, relativamente à utilização da dupla verificação e correta identificação do utente, como boas ferramentas para aumentar a segurança na utilização de medicação em pediatria.

O terceiro e último estágio foi realizado num Serviço de Internamento de Pediatria. Tal como nos locais de estágio anteriores, em primeiro lugar foi realizada uma entrevista de grupo com a enfermeira-chefe e com a enfermeira supervisora clínica. Relativamente a este estágio, apesar de ter sido realizado num serviço de internamento de Pediatria, foi decidido realizar um estudo mais aprofundado sobre a segurança da medicação em toda a área pediátrica. Foi estudado, além do serviço anteriormente referido, o serviço de urgência pediátrica e serviço de cuidados intensivos neonatais.

Antes de se iniciar qualquer estudo nos três serviços da área pediátrica, foi em primeiro lugar realizado um pedido de parecer à comissão de ética do hospital onde foi realizado o estágio. Este pedido pode ser consultado no apêndice 3. Foi realizado com o auxílio da professora orientadora. Foi preenchido um formulário que se encontra disponível no website do hospital onde foi realizado o estudo. No formulário foi preenchido o resumo do estudo a ser realizado, os problemas que se colocam e a consulta que se deseja fazer à comissão de ética. Após o parecer da comissão de ética ter vindo positivo, começou a realizar-se o estudo.

Em primeiro lugar, foi aplicada uma *Checklist* nos serviços (Apêndice 4), com o objetivo de perceber se os três serviços seguem as boas práticas fornecidas pelo PNSD 2015-2020.

Relativamente aos pontos positivos é possível observar no **quadro 1** que todos os serviços possuem um sistema de notificação de incidentes, os medicamentos LASA e de alerta máximo encontram-se sinalizados de forma diferente dos restantes medicamentos e todos os doentes encontram-se identificados com uma pulseira com os seus dados.

Quadro 1 – Boas práticas na utilização da medicação num serviço de pediatria – *Checklist*

Questões	% de serviços que seguem as guidelines do PNSD
Existe algum sistema de notificação de incidentes na instituição?	100%
Existe uma lista de medicamentos LASA ajustada ao serviço que se encontra divulgada?	66,7%
Os medicamentos LASA encontram-se separados e sinalizados com cores, negrito ou grafismo diferente?	100%
Existe uma lista de medicamentos de alerta máximo ajustada ao serviço que se encontra divulgada?	33,3%
Os medicamentos de alerta máximo encontram-se sinalizados?	100%
Existem raras ou nenhuma prescrições verbais?	33,3%
Existe no mínimo possível, o número de apresentações e de dosagens/concentrações para cada substância ativa?	100%
Existe prescrição eletrónica?	66,7%
A dupla verificação é incentivada?	0%
Todos os doentes estão identificados com uma pulseira com os seus dados?	100%
Existe um ambiente de trabalho que permite aos profissionais de saúde o desenvolvimento adequado	66,7%

ao seu trabalho? (Boa iluminação, material adequado, entre outros)	
Os enfermeiros não são interrompidos aquando da preparação de terapêutica?	33,3%

Observam-se algumas lacunas, como por exemplo o fato de não existir em todos os serviços uma lista de medicamentos de alerta máximo ajustada aos mesmos e que se encontre divulgada. Também continua a haver várias prescrições verbais em alguns serviços e os enfermeiros continuam a ser interrompidos quando estão a preparar medicação. É importante ressaltar que em nenhum serviço a dupla verificação é incentivada o que constitui uma grande falha relativamente às boas práticas para uma correta preparação e administração de medicação.

Além da *Checklist*, foi posteriormente aplicado um questionário a todas as equipas de enfermagem dos serviços da área pediátrica. Este questionário encontrava-se acompanhado de um consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação de acordo com a declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo. O consentimento informado pode ser consultado no apêndice 5. Neste documento, encontrava-se exposto o objetivo do estudo que estava a ser realizado, ou seja, sobre o tema “Práticas Seguras na Utilização da Medicação em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica” e informava que a participação no estudo era voluntária e isenta de qualquer tipo de prejuízo caso o enfermeiro não quisesse participar. Antes de o questionário ser preenchido cada enfermeiro leu o consentimento informado, assinou o mesmo e ficou com um duplicado.

Relativamente ao questionário (apêndice 6), este é um questionário misto, ou seja, possui perguntas abertas e fechadas. Este questionário possui maioritariamente questões fechadas, mas apresenta uma questão aberta. A amostra dos inquiridos foi de 26 participantes, distribuídos pelos três serviços da área pediátrica.

Este documento é constituído por duas partes, a caracterização da equipa e, posteriormente as questões propriamente ditas.

Os questionários irão ser analisados pelas duas partes distintas. Os gráficos obtidos a partir da análise dos dados conseguidos através da aplicação dos questionários devem ser consultados no apêndice 7.

A maioria dos enfermeiros que se encontram a trabalhar na área pediátrica são do sexo feminino, entre os 31 e 40 anos. Relativamente às habilitações literárias, é possível verificar que a grande maioria dos profissionais apresenta uma pós-licenciatura em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica. Por fim, relativamente aos anos de experiência profissional, é possível depreender que, apesar de se encontrarem a trabalhar nesta área enfermeiros com poucos e muitos anos de experiência, a grande maioria apresenta entre 5 e 14 anos de experiência profissional.

Relativamente à primeira questão, verifica-se que metade dos inquiridos conhecem o PNSD 2015-2020, no entanto a outra metade não conhece o plano. Existe aqui uma lacuna de conhecimento deste plano que tem uma grande importância para a segurança do doente.

Em relação às boas práticas que deveriam ser utilizadas para aumentar a segurança na utilização da medicação, uma grande percentagem dos enfermeiros referiu seguir os certos para uma correta preparação e administração da medicação e também mencionaram a importância da utilização da dupla verificação independente. No entanto, pensamos ser importante salientar algumas respostas também muito importantes. Ressaltaram a importância de um local próprio para preparar a medicação e que o enfermeiro não esteja constantemente a ser interrompido por outros profissionais de saúde ou pelos utentes. Indicaram também a existência de um manual de preparação e administração de medicação sempre atualizado. Também mencionaram que a medicação deveria estar corretamente identificada e armazenada, além da existência de seringas diferentes consoante a via de administração. Referiram a ideia da existência de um programa informático que permitisse a gestão da medicação existente no serviço com a farmácia, no que respeita à quantidade e validade. Por fim, mas não menos importante, houve a indicação do fim das prescrições verbais, que infelizmente continuam a ocorrer na atualidade.

Relativamente à terceira questão, verifica-se que a esmagadora maioria dos inquiridos tem conhecimento da existência de um sistema de notificação de incidentes na instituição onde desenvolvem o seu exercício profissional.

Verifica-se que a grande maioria dos inquiridos não utilizou o sistema de notificação de incidentes. Uma pequena percentagem por desconhecer o referido sistema de notificação e o restante, talvez por não ter necessitado do mesmo.

Demonstra-se que 65% dos inquiridos sabe o que são medicamentos LASA. No entanto existe uma percentagem significativa que desconhece o que são os medicamentos acima referidos.

57,7% desconhece a existência de uma lista de medicamentos LASA no seu local de trabalho. Concomitantemente verifica-se que nem todos os serviços estudados possuem uma lista de medicamentos LASA, o que pode justificar estes resultados.

Uma grande percentagem de enfermeiros recorre à dupla verificação independente quando preparam medicamentos de alerta máximo. Contudo, existe uma percentagem considerável de enfermeiros, que ainda prepara a medicação de alerta máximo de forma tradicional.

Muitos enfermeiros consideram que a reconciliação da medicação ocorre no seu local de trabalho, no entanto uma percentagem considerável não concorda nem discorda que este processo ocorra, portanto, talvez o processo da medicação não é muito claro nestes locais de trabalho.

Relativamente aos certos que devem ser seguidos para uma preparação e administração de medicação segura a grande maioria respondeu que são 5 os certos a ser seguidos.

A esmagadora maioria dos inquiridos sabe identificar corretamente o doente, ou seja, deve-se perguntar o nome completo e a data de nascimento ao doente/acompanhante e também verificar a sua pulseira de identificação.

A Instituição onde os inquiridos exercem as suas funções assegura a disponibilidade de um farmacêutico 24 horas por dia e 7 dias por semana podendo existir algumas falhas por parte do mesmo.

2.2.2. - Definição de Objetivos

Após ter sido realizado o diagnóstico da situação, é essencial definir os objetivos para a resolução desse mesmo problema. Para Fortin (1999), são os objetivos do estudo que assinalam a razão da realização da investigação. Ferrito, Nunes & Ruivo (2010), por sua vez, explanam que os objetivos são “(...) representações antecipatórias centradas na acção “a realizar”, ou seja, a determinação dos objectivos finais embora não seja sempre uma condição prévia temporal é irremediavelmente um ponto fulcral na elaboração de projectos de acção.” (p.18)

Os objetivos devem obedecer a uma série de características. Ferrito, Nunes & Ruivo (2010), explanam quais as características que os objetivos devem cumprir. São elas:

- Serem claros;
- Apresentarem linguagem definida e exata
- Serem definidos poucos objetivos
- Concretizáveis
- Avaliáveis em termos de qualidade, quantidade e duração.

Existem dois tipos de objetivos que podem ser definidos para nortear a investigação. São eles os objetivos gerais e os objetivos específicos.

Ferrito, Nunes & Ruivo (2010) citando Mão de Ferro (1999) definem objetivos gerais como

(...) enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados. Ou seja, fornecem-nos indicações acerca daquilo que o formando deverá ser capaz de fazer após o seu percurso formativo. Devem ser formulados tendo em conta os conhecimentos e capacidades a adquirir, dizendo geralmente respeito a competências amplas e complexas. Além disso, permitem selecionar conteúdos, eleger métodos e avaliar os progressos dos formandos. (p.18)

Relativamente ao projeto realizado, o objetivo geral definido após ter sido realizado o diagnóstico de situação é o seguinte:

- Promover práticas seguras na utilização da medicação em pediatria.

A partir deste objetivo geral que é mais amplo, foram definidos os objetivos específicos. Ferrito, Nunes & Ruivo (2010) definem estes objetivos como “(...) indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo.” (p. 18)

Os objetivos específicos definidos, a partir do objetivo geral são:

- Sugerir práticas seguras para evitar o erro terapêutico;

- Capacitar a família e/ou cuidadores para aumentar a segurança na utilização do medicamento.

2.2.3. – Planeamento e execução do projeto

Chegamos à terceira parte da metodologia de projeto que corresponde ao planeamento e execução do projeto.

Ferrito, Nunes & Ruivo (2010) citando (Hungler e tal, 2001) referem que

na fase de planificação do esboço do projeto, realiza-se o levantamento dos recursos, bem como as limitações condicionantes do próprio trabalho. Nesta fase são, também, definidas as atividades a desenvolver pelos diferentes elementos do grupo e, ainda definidos os métodos e técnicas de pesquisa bem como o respetivo cronograma. (p.20)

Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010 citando (Miguel, 2006) lembram “(...) que a utilização e escolha das actividades, meios e estratégias a realizar coadunam directamente com os objectivos previamente alicerçados.” (p.20)

O planeamento é essencialmente o delineamento de ações que possibilitem atingir os objetivos formulados na etapa anterior. Ao atingir os objetivos, resolve-se o problema que foi detetado, na primeira etapa da metodologia de projeto.

Tal como Ferrito, Nunes & Ruivo (2010) afirmam, as ações que possibilitam atingir os objetivos delineados, podem ser atividades, meios e estratégias.

Ferrito, Nunes & Ruivo (2010), citando (Miguel, 2006), indicam que uma atividade é “(...) o elemento de trabalho realizado no decurso de um projeto. Uma atividade normalmente possui uma duração esperada, um custo esperado e requisitos esperados de recursos.” (p.20)

Ferrito, Nunes & Ruivo (2010) explanam que existem diversos tipos de atividades que se podem realizar como por exemplo, a realização de posters ou de sessões de Educação para a Saúde.

Ferrito; Nunes & Ruivo (2010) também salientam que ao realizar estas variadas atividades, “(...) enfermeiros e estudantes de enfermagem, têm um papel fundamental enquanto futuros profissionais com competências de pesquisa que poderão proporcionar contributos fundamentais para o avanço da prática de enfermagem.” (p. 20)

Ferrito, Nunes & Ruivo (2010), citando Rodrigues, (2003) referem que “As estratégias referem-se à utilização dos meios definidos no planeamento, ou seja, estas

estão relacionadas com o conceito de eficiência nomeadamente a capacidade de aplicar corretamente a tarefa.” (p.21)

Estas “(...) centram-se essencialmente na utilização dos recursos disponíveis, no método selecionado para a execução do projeto e na articulação entre os diversos membros que integram o projeto.” (Fortin (1999), citada por Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.21)

Os meios são, essencialmente, a decisão de quais os recursos e em que quantidades necessárias para a elaboração das atividades definidas. (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010)

Ferrito, Nunes & Ruivo (2010) citando Fortin (1999), referem que

Para a elaboração de um projeto, deverão ser selecionados e aplicados diferentes meios, cabendo ao investigador determinar quais os mais convenientes ao seu objetivo de estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. Estes meios consistem nos recursos a que se pode ter acesso para a realização do projeto que vai depender do tipo de estudo em questão. (p.21)

Ao se realizar o planeamento foi feita uma escolha de não se atingirem todos os objetivos em cada estágio. Existem alguns objetivos que são transversais aos quatros estágios e existem certos objetivos que foram planeados em certos estágios específicos.

Após a realização do planeamento, deve-se executar o que foi arquitetado. A fase da execução é essencial pois é aqui se coloca em prática tudo o que foi planeado na etapa anterior. (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Ferrito, Nunes & Ruivo (2010), referem que “Esta fase assume uma importância significativa para o(s) participantes(s) do projeto dado que possibilita a realização das suas vontades e necessidades através das ações planeadas.” (p.23)

Ferrito, Nunes & Ruivo (2010), citando Castro et al (1993), referem que nesta fase, “é necessária a procura de dados, informações e documentos que contribuam para a

resolução do problema selecionado, segundo a divisão de tarefas e a gestão do tempo previamente estabelecidos.” (p.23)

As técnicas possíveis para o desenvolvimento desta etapa incluem a observação direta, entrevistas, questionários, recolha e consulta de documentos, registos escritos, fotografias e diapositivos, gravações áudio ou vídeo e recolha de objetos ou amostras. (Ferrito, Nunes & Ruivo 2010, citando Castro et al, 1993)

Nesta fase é de extrema importância a participação tanto do enfermeiro orientador como do professor.

Ferrito, Nunes & Ruivo (2010) citando Nogueira (2005), referem que

nesta fase, o orientador exerce o seu papel de elemento ativo e participante do grupo, recordando que o projeto não é apenas dos participantes, mas dele também. Desta forma, o orientador não se limita a auxiliar, mas igualmente a investigar, descobrindo respostas aos problemas levantados inicialmente, desenvolvendo capacidades e aprendendo com os participantes. (p.23)

Ferrito, Nunes & Ruivo (2010), citando Legrand (1982), referem que “o papel do professor num projeto é o de coordenador e de informador, intervindo a pedido ou por sua própria iniciativa à medida que o trabalho avança.” (p.23)

É durante a execução do projeto que os dados recolhidos em etapas anteriores são analisados e, posteriormente se elaboram as atividades que devem ser desenvolvidas para se resolver o problema encontrado. (Ferrito, Nunes & Ruivo 2010, citando Leite et al, 1989)

“Nesta fase é esperado que o interesse seja uma constante, dado que, quanto maior o interesse, maior será todo o processo de pesquisa, experimentação, descoberta e por conseguinte, a potencialização das diferentes competências.” Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.24, citando Nogueira, 2005)

De seguida irão ser exposto o planeamento e a execução das atividades, em cada local de estágio.

Estágio I

O estágio I foi realizado numa USF, como já foi supracitado. Relativamente a este estágio foram planeadas e executadas ações para atingir os dois objetivos específicos.

Objetivo específico 1 – Sugerir práticas seguras para evitar o erro terapêutico.

Para atingir este objetivo foi, em primeiro lugar, planeada a execução do diagnóstico da situação através da realização de entrevistas ao enfermeiro-chefe e à enfermeira supervisora clínica. Chegou-se à conclusão da necessidade de atualizar o quadro do Plano Nacional de Vacinação existente na sala de vacinação da USF. A atualização do quadro, permite que o enfermeiro evite o erro relacionado com o medicamento, neste caso, relativamente ao tipo de vacinas e seu local de administração.

Foi então realizada uma atualização do PNV 2017, na sala de vacinação da USF onde foi realizado o estágio. A sala de vacinação possuía um cartaz, no entanto esse encontrava-se desatualizado. Para isso foram realizados vários cartazes com os meses das crianças e respetivas vacinas que devem ser realizadas nesses meses.

Cada cartaz possuía a seguinte informação:

0 meses – VHB 1

2 meses – VHB 2, Hib 1, DTPa 1, VIP 1 e Pn13 1

4 meses – Hib 2, DTPa 2, VIP 2 e Pn13 2

6 meses – VHB 3, Hib 3, DTPa 3 e VIP 3

12 meses – Pn13 3, MenC 1, VASPR 1

18 meses – Hib 4, DTPa 4 e VIP 4

5 anos – DTPa 5, VIP 5 e VASPR 2

10 anos – HPV 1,2 e Td

25 anos – Td

45 anos – Td

65 anos – Td

Após 65 anos – Td de 10 em 10 anos.

A atualização do PNV 2017 pode ser encontrado no apêndice 9.

Objetivo específico 2 – Capacitar a família e/ou cuidadores para aumentar a segurança na utilização do medicamento.

Foi este o objetivo mais aprofundado neste estágio. Para atingir este objetivo, foi também planeada a realização de entrevistas com o enfermeiro-chefe e com a enfermeira supervisora clínica. Através das entrevistas foi possível analisar a necessidade de realizar um poster e vários folhetos sobre as vacinas extraplano, visto ser uma informação que suscitava muitas dúvidas aos pais/cuidadores.

Além da lacuna sobre o conhecimento das vacinas extraplano, verificou-se também o desconhecimento sobre a utilização da inaloterapia em crianças. Esta é uma medicação bastante utilizada em pediatria, no entanto suscita muitas dúvidas aos pais/cuidadores. Foi então, também planeada a realização de um folheto com o intuito de explicar a correta utilização da inaloterapia. Foi planeada a realização destas atividades, para permitir aumentar o conhecimento dos pais/cuidadores. O cronograma explicando o planeamento das atividades propostas no Estágio I pode ser consultado no apêndice 8.

Após a elaboração do planeamento, seguem-se as atividades executadas neste local de estágio.

Em primeiro lugar, foi realizado um cartaz, para ser exposto na sala de espera, para revelar a existência de vacinas extra PNV. As vacinas que se encontram sinalizadas no cartaz são as vacinas Bexsero, Rotarix e Rotateq. A vacina Bexsero é uma vacina utilizada contra a doença meningocócica invasiva causada por *Neisseria meningitidis* do grupo B. Já as vacinas Rotarix e Rotateq são vacinas utilizadas contra o vírus Rotavírus. Este cartaz encontra-se disponível no apêndice 10.

Além do cartaz, foram também desenvolvidos 3 folhetos apresentando informação mais detalhada sobre as três vacinas supracitadas. Estes folhetos, além de explicarem o que é cada vacina, indicam as doses necessárias e os meses respetivos que a criança deve ter, além das questões mais frequentes que os pais possam apresentar.

Os folhetos sobre as vacinas Bexsero, Rotarix e Rotateq, podem ser visualizados, respetivamente nos apêndices 11, 12 e 13.

Foi também realizado um poster, também para ser exposto na sala de espera, sobre a utilização de aerossolterapia por nebulização. Este poster explana a função da aerossolterapia por nebulização, bem como o seu modo de utilização. Este poster pode ser consultado no apêndice 14.

Por fim, mas não menos importante, foi realizado um folheto informativo sobre a aerossolterapia por Câmara Expansora. Neste folheto, encontra-se a explicação do que é a aerossolterapia por Câmara Expansora, os tipos de câmaras expansoras e o modo de administrar os inaladores. Este folheto encontra-se no apêndice 15.

Estágio final

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Durante a realização dos estágios hospitalares, foi dado um foco mais importante ao primeiro objetivo específico.

Objetivo específico 1 - Sugerir práticas seguras para evitar o erro terapêutico.

Para atingir este objetivo na UCIN, foi planeada uma entrevista com a enfermeira-chefe e com a enfermeira supervisora clínica com o intuito de perceber onde existem lacunas sobre as boas práticas para evitar o erro relacionado com o medicamento. Percebeu-se que existiam algumas dúvidas sobre a preparação e administração da medicação do carro de urgência. Foi então planeada a realização de um documento que contém a forma de preparação e administração desta medicação.

O cronograma com o planeamento da atividade proposta para este estágio pode ser consultado no apêndice 8.

Foi, portanto, executado um pequeno livro sobre a medicação do carro de urgência da UCIN que fosse de consulta rápida e fácil. Este livro inclui o nome do fármaco, a classificação, a reconstituição e diluição, e administração do mesmo. Inclui também algumas observações sobre os fármacos. Este livro ficou disponível no carro de urgência da UCIN.

Este pequeno livro encontra-se no apêndice 16.

Serviço de Urgência Pediátrica

O segundo estágio do estágio final desenrolou-se num serviço de urgência pediátrica. Relativamente a este estágio, o enfoque maior foi no primeiro objetivo específico.

Objetivo específico 1 – Sugerir práticas seguras para evitar o erro terapêutico.

Para atingir este objetivo, foi planeado recolher as informações tanto na entrevista como nos questionários e analisar as mesmas. Através desta informação, foi planeada a realização de uma sessão de educação para a saúde para a equipa de enfermagem do SUP, com o tema “Segurança na preparação e administração de medicação em Pediatria.”

O cronograma com o planeamento das atividades delineadas para este estágio deve ser consultado no apêndice 8.

Para realizar a sessão de educação para a saúde, foi elaborado um plano da sessão de educação para a saúde (Apêndice 17). Foram definidos como objetivos gerais consciencializar os profissionais de saúde para um aumento na segurança na preparação e administração de medicação e sensibilizar os profissionais para uma correta identificação do utente antes da preparação e administração de medicação. Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- Definir erro terapêutico;
- Explicar o que é a dupla verificação independente;
- Elucidar para a importância de seguir os 12 certos para uma correta preparação e administração de terapêutica.

Para informar a equipa de enfermagem foi realizado um cartaz (apêndice 18) que inclui o tema da sessão de educação para a saúde, bem como o local, data, hora e formador.

Foi, então, realizada a sessão de educação para a saúde (apêndice 19) à equipa de enfermagem do SUP. Esta educação para a saúde foi orientada pela enfermeira supervisora clínica, enfermeira chefe e pela professora orientadora do estágio.

Esta sessão de educação para a saúde tem como tema “Segurança na preparação e administração de medicação em Pediatria.” Define os objetivos da sessão, que se encontram explanados anteriormente. Após o delineamento dos objetivos, encontra-se a definição de erro de medicação, e em particular os erros de medicação em pediatria. Ressalta-se, em seguida a importância e definição da dupla verificação independente. Posteriormente informa sobre a existência do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, ressaltando a importância do objetivo estratégico 4 - aumentar a segurança na utilização da medicação. De seguida é mostrado que o hospital onde foi realizado este estágio apresenta uma importante política do medicamento. Posteriormente

são apresentados os 12 certos que devem ser seguidos para uma correta preparação e administração da medicação. É ressaltada a importância do primeiro certo – Doente certo. É explanado que foi realizada uma observação participante com uma amostra de 15 crianças que mostrando que a maioria dos profissionais de saúde não identificou corretamente o doente. Segue-se então a explicação de como se deve identificar corretamente o doente antes de preparar e administrar a medicação. No fim da sessão de educação para a saúde, podem ser consultadas as referências bibliográficas utilizadas na realização da sessão.

Serviço de Internamento de Pediatria

Este último estágio foi o mais longo e foi realizado num serviço de internamento de Pediatria. Foi dado um enfoque maior no primeiro objetivo específico.

Objetivo específico 1 – Sugerir práticas seguras para evitar o erro terapêutico.

Planeou-se agrupar toda a informação recolhida através dos questionários e da *checklist* para perceber onde existem lacunas. A partir deste ponto pretendeu-se realizar uma sessão de educação para a saúde aos enfermeiros com o tema “Boas práticas para uma utilização segura da medicação em Pediatria.

O cronograma proposto com as etapas necessárias para atingir os objetivos supracitados encontra-se disponível no apêndice 9.

Também nesta situação foi realizado um plano da sessão de educação para a saúde (apêndice 20) onde foram definidos o objetivo geral e os objetivos específicos. Como objetivo geral temos: sensibilizar os enfermeiros para a realização de boas práticas relacionadas com a utilização da medicação em Pediatria.

Os objetivos específicos foram os seguintes:

- Explicar o que é o plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020;

- Relembrar a correta preparação da medicação;
- Explicar como se identifica corretamente um doente.

Foi então realizada a sessão de educação para a saúde com o tema “Boas práticas para uma utilização segura da medicação em Pediatria.” (Apêndice 21) Esta sessão inicia-se com a definição de erro de medicação e depois é especificado o erro de medicação em pediatria. De seguida é mencionado o ciclo do medicamento e o sistema de notificação de incidentes. De seguida é explicado o que é o Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020 dando um enfoque no objetivo estratégico 4 – Aumentar a segurança na utilização da medicação. Dentro deste objetivo são explicadas 4 das normas realizadas pela Direção-Geral da Saúde. Posteriormente são expostos os 12 certos para uma correta preparação e administração da medicação. Por fim encontram-se algumas sugestões para aumentar a segurança na utilização da medicação. No último slide encontram-se as referências bibliográficas utilizadas na realização da sessão.

2.2.4. – Avaliação

Chegamos à última, mas não menos importante, etapa da metodologia de projeto. A avaliação, segundo Ferrito, Nunes & Ruivo (2010) têm como objetivo principal, comparar os objetivos delineados, inicialmente, com os objetivos atingidos, no final da implementação do projeto. Ferrito, Nunes & Ruivo também referem que ao avaliar um projeto, podem-se distinguir dois momentos distintos, a avaliação intermédia que é elaborada ao mesmo tempo da execução do projeto e a avaliação final, que é realizada em simultâneo com a avaliação do processo e o produto do projeto. Percebe-se então que a avaliação do projeto é continua permitindo “uma retroação com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, ação e seleção dos meios, bem como a análise dos resultados.” (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p. 24, citando Carvalho et al., 2001).

Ferrito, Nunes & Ruivo (2010), citando Castro et al (1993), mencionam que “a avaliação intermédia constitui um momento de pausa e de reflexão sobre o percurso desenvolvido até ao momento.” (p.25) É, portanto, um momento de parar e perceber se o

caminho que está a ser seguido é o correto. É nesta etapa de avaliação que são elaboradas as primeiras críticas e são realizados os primeiros ajustes necessários. (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010). As mesmas autoras também referem que “nesta etapa deve questionar-se sobre o trabalho realizado até ao momento, grau de satisfação, sugestões para possíveis melhorias e atividades que, apesar de não estarem planeadas, podem revelar-se pertinentes para o Projeto no decorrer do trabalho no terreno.” (p.25)

O professor orientador tem um papel essencial nesta etapa pois “(...) acompanha constantemente o(s) participante(s), auxilia-o(s) com os recursos humanos e materiais e orienta a parte procedimental.” (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.25)

A avaliação intermédia do projeto foi feita mediante reuniões com as enfermeiras supervisoras clínicas e com a professora orientadora. Estas reuniões tinham como objetivo perceber se o caminho a seguir era o correto ou se era necessário realizar alguns ajustes. Os questionários aplicados em ambiente hospitalar, especificamente no campo de estágio do SUP e no campo de estágio do internamento de Pediatria, também foram instrumentos essenciais para a realização da avaliação intermédia. Através dos dados obtidos pela aplicação dos questionários, verificou-se lacunas de conhecimento acerca da segurança na utilização de medicação em Pediatria. Verificou-se importante para nortear o caminho a seguir.

Segundo Ferrito, Nunes & Ruivo (2010), a avaliação final ocorre no final do projeto. Para avaliar um projeto, deve-se verificar se os objetivos definidos anteriormente foram realizados. De seguida irá se verificar se os objetivos definidos foram atingidos.

Objetivo específico 1 – Sugerir práticas seguras para evitar o erro terapêutico.

Para atingir este objetivo foram realizadas sessões de educação para a saúde para as equipas de enfermagem do SUP e do serviço de internamento em Pediatria. Estas sessões foram avaliadas pelos enfermeiros e através destas avaliações foi possível verificar que houve um aumento do conhecimento sobre a segurança na utilização da medicação em

Pediatria. O instrumento utilizado para os enfermeiros avaliarem as sessões encontra-se disponível no apêndice 22.

A sessão de educação para a saúde apresentada à equipa de enfermagem do SUP tinha como tema “Segurança na preparação e administração de medicação em Pediatria.” O número de enfermeiros que assistiu à formação foi reduzido. Apenas 9 enfermeiros assistiram, tornando-se uma amostra reduzida. No entanto não deixa de ser importante verificar as avaliações fornecidas por esta amostra. Os dados que irão ser analisados são apenas os dados relativos à avaliação global de formação. Os gráficos que resultaram da análise dos dados obtidos a partir dos questionários podem ser encontrados no apêndice 23.

Ao analisar os dados obtidos percebe-se que, no geral, a avaliação dos enfermeiros foi positiva.

Relativamente à sessão de educação para a saúde realizada no serviço de Internamento em Pediatria com o tema “Boas práticas para uma Utilização Segura da Medicação em Pediatria”, apenas 7 enfermeiros assistiram à mesma. É uma amostra relativamente pequena, tal como a amostra utilizada para avaliar a sessão de educação para a saúde realizada no SUP, no entanto não deixa de ser importante verificar os dados recolhidos através Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação da Sessão de Educação para a Saúde (Apêndice 24). Os dados recolhidos através dos questionários de avaliação podem ser consultados no apêndice 25.

Também nesta situação, se verificou que as avaliações dadas pelos enfermeiros à sessão para a saúde foram positivas. Pode-se concluir que o segundo objetivo específico delineado foi também alcançado.

Objetivo específico 2 – Capacitar a família e/ou cuidadores para aumentar a segurança na utilização do medicamento.

Este último objetivo também foi atingido ao disponibilizar informação sobre a vacinação e sobre a inaloterapia aos pais e/ou cuidadores. Como já foi supracitado, foram contruídos folhetos sobre as vacinas extra-plano (Bexsero, Rotarix e Rotateq) além de um poster sobre estas vacinas. Foram também realizados um folheto e um cartaz a explicar como se utiliza, respetivamente, a aerossolterapia por câmara expansora e aerossolterapia por inaloterapia. Toda esta informação encontra-se disponível para os pais/cuidadores consultares. Deste modo foi possível capacitar a família/cuidadores para aumentar a segurança na utilização da medicação.

3 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019, p. 4744).

Esta diferenciação e especialização em diferentes áreas, exigiu que a Ordem dos Enfermeiros delineasse diferentes competências para cada área de especialidade que os enfermeiros deveriam adquirir para se tornarem especialistas.

De seguida irão ser descritas as competências comuns de enfermeiro especialista, as competências comuns de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica e de mestre, além de uma reflexão sobre a forma como foram adquiridas.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A OE (2019) define um enfermeiro especialista como “(...) aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)”. (p. 4744) É, portanto, um enfermeiro que adquiriu competências específicas que permitem que preste cuidados de enfermagem especializados.

A OE (2019) defende que para se atribuir a um enfermeiro o título de especialista, o mesmo deve adquirir, além das competências exigidas que existem nos regulamentos das diferentes especialidades de enfermagem, competências que são comuns a todos os especialistas. Ou seja, existem um conjunto de competências que são comuns a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade.

As Competências comuns que todos os enfermeiros especialistas devem adquirir “(...) envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.” (OE, 2019, p. 4744).

São quatro, os domínios das competências Comuns do Enfermeiro Especialista, sendo elas:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
- b) Melhoria contínua da qualidade (B);
- c) Gestão dos cuidados (C);
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

De seguida irão ser clarificadas as competências que se encontram dentro de cada domínio das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o modo como foram alcançadas durante a realização do Mestrado.

A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O domínio da responsabilidade profissional ética e legal abarca duas competências:

A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

Segundo a OE (2019), para adquirir esta competência, “o Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação das melhores práticas e nas preferências do cliente.” (p. 4746)

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Para adquirir esta competência, segundo a OE (2019), o Enfermeiro Especialista deve demonstrar uma prática que respeita os direitos humanos, analisar e interpretar as situações específicas de cuidados especializados, orientando situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Para ter sido possível alcançar estas competências, é essencial referir a importância da Unidade Curricular [UC] “Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem”, frequentada durante o 1º ano, 1º semestre do curso de Mestrado em Enfermagem. Esta UC permitiu adquirir competências ao nível da Ética, tão essencial para a profissão de Enfermagem.

Em todos os contextos de estágio respeitámos os direitos, deveres e valores que se encontram no Código Deontológico do Enfermeiro. Além da utilização do Código Deontológico do Enfermeiro, também foram utilizados os princípios éticos básicos, na prática clínica. São eles o princípio da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça.

Destacamos o artigo 100.º do Código Deontológico dos Enfermeiros (2015) que refere que o “enfermeiro assume o dever de cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão”. Destacamos também a alienação que refere que o enfermeiro tem o dever de proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional.” (s.p.)

Durante os quatro estágios, foi utilizado como modelo teórico, o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Este modelo que enfatiza a importância da envolvimento dos pais na prestação dos cuidados aos filhos, permitiu que fossem desenvolvidas estratégias para resolver problemas em parceria com o cliente, que nesta situação são os pais e as crianças.

A população alvo dos nossos cuidados é a população em idade pediátrica, ou seja, crianças e adolescentes até aos 18anos. É uma população extremamente vulnerável e frágil, pelo que foram, portanto, prestados cuidados tendo em atenção, tanto a Declaração dos direitos das crianças, proclamada pela Resolução da Assembleia Geral da Nações Unidas em 1959 como os 10 direitos preconizados na Carta da criança hospitalizada realizada em 1988. O código deontológico (2015), especialmente o artigo 102, defende esta situação referindo que o enfermeiro deve “salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso.” (s.p.)

Durante os ensinamentos clínicos, foi assegurado o respeito pelo direito dos doentes à informação, explicando sempre quais os cuidados de enfermagem a serem realizados. Este direito está em consonância com o artigo 105 do código deontológico (2015) que explana que o indivíduo e família devem ser informados acerca dos cuidados de enfermagem que são prestados.

Os locais onde foram realizados os estágios, apresentavam o *SClinico* e o ALERT como programas informáticos utilizados para a realização dos registos informáticos. Estes programas permitem a confidencialidade e segurança da informação clínica dos doentes. As passagens de turno de todos os locais de estágio eram realizadas numa sala própria, permitindo, também a manutenção da privacidade e do sigilo do doente.

Relativamente ao respeito pela privacidade do doente, apesar de alguns constrangimentos físicos, tentou-se ao máximo manter a privacidade do doente, utilizando estratégias como a utilização de cortinas entre unidades, quando não era possível prestar cuidados num local mais privado ou mudar o tom de voz para que a informação passada não chegue a outro doente.

O artigo 102, alínea e) do Código Deontológico dos Enfermeiros (2015) refere que o enfermeiro deve “Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos.” (s.p.) Em todos os locais de estágio foram respeitadas as opções políticas, culturais, morais e religiosas das crianças/famílias. É importante ressaltar, no entanto, que no SUP, foi onde foi possível atingir esta competência pois o SUP encontrava-se em Lisboa que é um local que apresenta uma população mais heterogénea e com culturas

distintas. Neste local de estágio foi possível prestar cuidados a crianças/famílias de culturas muito distintas, tendo sido uma experiência muito rica.

Por fim, mas não menos importante, salientamos que durante todas as fases da realização do projeto de estágio exposto neste relatório foram respeitadas todas as dimensões éticas e legais. Antes da aplicação dos questionários e da *Checklist* no último local de estágio, foi em primeiro lugar, feito um pedido e posteriormente obtido um parecer positivo ao conselho de comissão de ética, do local onde foi realizado o estudo. Os questionários também dispunham de um consentimento livre e esclarecido para os participantes lerem e assinarem. Também foi garantido que os dados recolhidos eram anónimos e confidenciais.

B – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Este domínio engloba 3 diferentes competências:

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Segundo a OE, (2019), para adquirir esta competência, o enfermeiro especialista deve colaborar na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade. Deve também participar na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Ao adquirir esta competência, “o Enfermeiro especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua. (OE, 2019, p.4747)

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro

Ao adquirir esta competência, “o Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.” (OE, 2019, p.4747)

Para conseguirmos adquirir as competências englobadas no domínio da Melhoria Continua da qualidade, não podemos deixar de indicar a frequência da Unidade Curricular “Gestão em saúde e governação clínica”. Esta UC foi lecionada durante o 1º ano, 1º semestre do curso de Mestrado em Enfermagem. Esta UC permitiu-nos adquirir conhecimentos e competências sobre gestão em saúde. Estas ferramentas foram essenciais, para poder adquirir as competências dentro deste domínio.

O projeto de estágio que realizamos durante os contextos de estágio, com o tema “segurança na utilização de medicação em pediatria” foi também essencial para termos sucesso ao adquirir estas competências. Através da realização de entrevistas informais com os enfermeiros gestores e com as enfermeiras orientadoras, além da aplicação dos questionários, foi possível atingir os critérios de avaliação “B1.2.1 – Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional” e “B2.2.1 – Identifica oportunidades de melhoria.” Através da aplicação destes instrumentos de recolha de dados, foi possível identificar falhas que eram necessárias ser corrigidas, de modo a poder haver uma melhoria nos cuidados prestados.

Durante o estágio na UCIN, ao realizar o livro onde se encontra informação sobre a medicação existente no carro de urgência da unidade, foi possível atingir o critério de avaliação “B2.2.4 – Agiliza a elaboração de quias orientadores de boa prática.”

Salientamos também que em todos os locais de estágio seguimos as normas e protocolos existentes de modo a garantir um ambiente terapêutico e seguro. Houve sempre uma uniformização dos cuidados prestados, de modo a haver uma melhoria continua dos cuidados prestados.

C – Domínio da Gestão dos Cuidados

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

Ao atingir esta competência “o Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.” (OE, 2019, p.4748)

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Para poder alcançar a competência supracitada, “o Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados. (OE, 2019, p.4748)

Este domínio faz referência a forma como o enfermeiro especialista deve fazer a gestão correta dos cuidados.

É importante, em primeiro lugar, salientar que em todos os locais de estágio, as equipas multidisciplinares trabalham em conjunto, participando nas decisões necessárias. Também, em vários momentos dos diversos estágios, foi possível verificar que o enfermeiro especialista cumpria o critério de avaliação “C1.1.4 – reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde. Como exemplo, durante o estágio no SUP, houve vários casos de crianças com problemas do foro cirúrgico (ex: apendicite), que o enfermeiro especialista referenciava para a Cirurgia. Também podemos dar o exemplo de adolescentes com diagnósticos do foro psiquiátrico que eram encaminhados para a PedoPsiquiatria. Durante o estágio no serviço de Internamento de Pediatria, também existiu o caso de uma criança com alergias a certos alimentos. Essa criança era referenciada pela enfermeira especialista para a Nutricionista.

Ao longo dos vários estágios tivemos oportunidade de verificar diversas formas de gestão de cuidados. Relativamente à USF, podemos verificar que os cuidados são geridos de forma antecipatória, ou seja, existe a marcação tanto das consultas de desenvolvimento

infantil, como da vacinação. Portanto, sabe-se de forma antecipada quantas crianças virão à USF em cada dia.

Na UCIN e no Serviço de internamento de Pediatria, a gestão das crianças internadas é feita através da distribuição em cada turno, das crianças pelas enfermeiras escaladas para cada turno. Já no SUP, por ser um serviço com características específicas, os enfermeiros escalados para cada turno são distribuídos por postos de trabalho, como por exemplo, posto de triagem, posto de tratamentos, entre outros. Esta gestão de prestação de cuidados, é realizada pelo enfermeiro gestor de cada serviço. Na ausência deste elemento, existem elementos que substituem, assumindo o papel de chefe de turno. Durante a realização dos diversos estágios, as enfermeiras orientadoras eram enfermeiras especialistas, e como tal, em muitas ocasiões assumiam o papel de chefe de turno, pelo que nos foi possível adquirir competências acerca da gestão de recursos humanos e recursos materiais.

Consideramos que os ensinamentos clínicos foram bastante úteis para se poder adquirir as competências estabelecidas no domínio da gestão dos cuidados.

D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

O Enfermeiro Especialista, ao apreender esta competência “(...) demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.” (OE, 2019, p.4749)

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Ao adquirir esta competência “o Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente,

assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação. (OE, 2019 p.4749)

O último domínio que faz parte das competências comuns do enfermeiro especialista refere-se à importância do enfermeiro em se autoconhecer, ter consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro e sobre as suas capacidades. Também refere a importância de realizar a sua prática em evidência científica, ou seja, procurar aprender sempre mais, para preencher lacunas que possam existir no conhecimento.

Tanto a parte teórica como a parte prática do curso de Mestrado em Enfermagem foram essenciais para adquirir estas competências. A parte teórica permitiu-nos adquirir competências e aprofundar alguns conhecimentos já existentes. A parte dos ensinamentos clínicos foram essenciais para aplicar os conhecimentos adquiridos anteriormente e também para adquirir novos conhecimentos. Todos os estágios foram momentos enriquecedores pois eram locais completamente diferentes uns dos outros e bastante complexos. Os locais de estágios que mais dúvidas nos levantaram foi a USF e a UCIN. A USF fez-nos ter vontade de pesquisar bastante sobre o PNV que é um mundo e fez-nos adquirir um gosto enorme pelas consultas de desenvolvimento infantil. Eram áreas completamente diferentes da nossa realidade no local de trabalho, e por isso aguçou a vontade de aprender mais. A UCIN por ser um local de estágio muito específico também nos trouxe bastantes dúvidas, pelo que foi necessário preencher as lacunas do conhecimento. Foi também uma oportunidade única para adquirir novos conhecimentos.

É importante também referir que em todos os locais de estágio, a receção pelas equipas multidisciplinares foi calorosa, tendo sido bastante suave a adaptação a diferentes locais. Este fato permitiu adquirir a unidade de competência “D1.2 – Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.”

A realização do projeto de estágio foi também uma ferramenta essencial para adquirir a competência D2. Ao realizar o projeto de estágio, foi necessário, em primeiro lugar fazer o diagnóstico da situação para perceber em que áreas do conhecimento existem necessidades formativas. Para tal foram utilizados vários instrumentos como entrevistas informais ou questionários. Foram também realizadas sessões de educação para a saúde para dotar as equipas de enfermagem de novo e melhor conhecimento. Além das

educações para a saúde, foram realizados materiais com informação atualizada, para que os enfermeiros tenham fácil acesso à informação.

Todas estas intervenções foram imprescindíveis para adquirir as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Através das análises detalhadas de cada domínio, chega-se à conclusão, que com a realização deste curso de mestrado em enfermagem, foi possível adquirir as competências necessárias para ser enfermeira especialista.

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

Como já foi supracitado, para adquirir o título de Enfermeiro Especialista, o enfermeiro deve adquirir as competências comuns de enfermeiro especialista. Deve também adquirir as competências definidas pela OE da área da especialidade escolhida.

A área escolhida para a nossa especialização foi a Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Segundo a OE (2018) esta especialidade

(...) detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. Em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos ou 25 anos, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso. (p. 19192)

O EESIP presta cuidados de enfermagem especializados a todos os indivíduos em idade pediátrica.

O EESIP colabora com a população em idade pediátrica e com a família/cuidadores em qualquer contexto onde esta população se encontra, com o objetivo de fomentar o mais elevado estado de saúde possível desta população. Também “(...) presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.” (OE 2018, p.19192)

Como já foi referido, a especialidade de saúde infantil e pediátrica detém competências específicas definidas pela OE. Esta são as “(...) que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (OE 2019, p.4745)

São três as competências específicas do Enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica:

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

“Considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.” (OE, 2018 p.19192)

Consideramos que a primeira competência foi adquirida ao realizar todos os ensinamentos clínicos estipulados no curso de Mestrado em Enfermagem. Em primeiro lugar, consideramos essencial ressaltar que todos os cuidados prestados às crianças/jovens durante os ensinamentos clínicos, foram baseados no modelo teórico de parceria de cuidados de Anne Casey.

Relativamente ao primeiro estágio, o estágio realizado numa USF, foi priorizada a importância de otimizar a saúde da criança para autonomizar o binómio criança/família.

Através das consultas de desenvolvimento infantil, ao seguir as normas orientadoras estipuladas no PNSIJ, foi possível, além de proporcionar conhecimento relativo à criança e sua família, também é um ótimo local para diagnosticar precocemente certas doenças. Como exemplo, numa das consultas de desenvolvimento, ao se realizar um teste de visão a uma criança, detetou-se a diminuição acentuada da acuidade desta, tendo sido encaminhada para local próprio. A promoção da adesão ao PNV também garante a aquisição desta competência. Durante a realização do primeiro estágio foi realizado um estudo de caso a uma latente de 16 dias e sua respetiva família nuclear (Apêndice 26). A realização deste documento foi uma ótima ferramenta para adquirir a primeira competência estipulada que o EESIP deve possuir. O estudo de caso teve como objetivo realizar uma avaliação pormenorizada da família estudada para compreender onde é necessário atuar para poder maximizar a saúde do binómio latente/família. Para realizar o estudo de caso à latente/família foi utilizado o Modelo Calgary de Avaliação da Família, considerado um dos mais importantes do mundo.

Os estágios hospitalares foram também ótimos locais para obter ferramentas para adquirir a competência supracitadas. Relativamente ao estágio na UCIN, apesar de ser um local, por vezes “assustador” para os pais, pois encontram os seus filhos com vários dispositivos médicos em incubadoras, foi incentivado aos pais que participassem nos cuidados aos seus filhos, que estivessem clinicamente estáveis, fosse através da realização da higiene, mudança da fralda ou apenas colo.

Durante o estágio no SUP, o posto da triagem era um local privilegiado para adquirir esta competência, pois era principalmente neste local, que se tinha o primeiro contacto coma criança/família. Neste local identificavam-se situações de risco, reconheciam-se doenças próprias da idade, encaminhavam-se crianças para outros profissionais e avaliavam-se crianças/adolescentes com mal-estar psíquico. Podemos dar como exemplo, uma criança com uma fratura do membro superior direito que foi encaminhada para o serviço de Ortopedia.

Por fim, o serviço de Internamento de Pediatria também proporcionou várias experiências que permitiram adquirir esta competência. Devido às características deste serviço, que recebe crianças e jovens até aos 18 anos, foi possível realizar ensinamentos aos pais, sobre doenças características da idade. Também se adquiriu a competência ao

realizar o seguinte critério de avaliação “E1.1.4 – Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença”.

Podemos concluir que adquirirmos a competência supracitada, pois atingimos as seguintes unidades de competência: “E1.1. – Implementa e gere em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”; e “E1.2. – Diagnostica precocemente e intervêm nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.” (OE, 2018, p.19193).

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

“Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.” (OE, 2018, p.19193)

Para adquirir esta competência recorreu-se principalmente aos estágios hospitalares, nomeadamente na UCIN, SUP e Serviço de internamento de Pediatria. Durante a realização do estágio na UCIN, prestámos cuidados a prematuros e grande prematuros. Num dos turnos realizados um grande prematuro entrou em paragem cardiorrespiratória, tendo sido necessário realizar manobras de suporte avançado de vida. O resultado foi positivo pois a situação reverteu. Foi uma situação complicada, mas que nos permitiu adquirir ferramentas nesta área. Foi também essencial a realização do Suporte Avançado de Vida Pediátrico, curso fornecido pelo curso de Mestrado em Enfermagem, que foi uma mais-valia para adquirir competências nesta área essencial para a prática diária de um EESIP. (anexo 2)

A dor é o quinto sinal vital, que por vezes ainda é descurado. No entanto em todos os locais de estágio a dor foi sempre um sinal vital valorizado. Nos serviços de internamento (UCIN e SIP), a dor é avaliada concomitantemente com os outros sinais vitais pelo menos uma vez por turno, ou mais vezes, se necessário. No SUP, a avaliação da dor é avaliada, em primeiro lugar, ao ser realizada a triagem, e posteriormente se necessário. Em todos

os locais de estágio, ao realizar procedimentos dolorosos, recorreram-se, tanto às técnicas farmacológicas como às técnicas não farmacológicas para controlo da dor. Dentro das técnicas farmacológicas, encontram-se os analgésicos se corretamente prescritos e a utilização do EMLA. Dentro das técnicas não farmacológicas, recorreremos ao uso da sacarose, ou da amamentação, por exemplo.

Houve também a oportunidade, durante os estágios de prestar cuidados de enfermagem a várias crianças, algumas portadoras de doenças crónicas e oncológicas. Foram prestados cuidados a um adolescente crónico, portador de sum síndrome nefrótico que foi internado por descompensação do mesmo. Houve também oportunidade de administrar um medicamento citostático, o fármaco metotrexato a uma criança portadora de leucemia que ia realizar o seu tratamento em Hospital de Dia. Todos estes contactos demonstraram a necessidade de ir à procura, constantemente, de nova evidência científica e novos conhecimentos, para prestar cuidados de qualidade a todas estas crianças/jovens.

Podemos concluir que também esta competência foi adquirida durante a realização dos diversos ensinamentos clínicos, pois foram alcançadas as diversas unidades de competência estipuladas para a aquisição desta competência. São elas: “E2.1. – Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”; “E2.2. – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”; “E2.3. – Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados”; “E2.4. – Providencia cuidados à criança/jovem promotores da melhoria dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares amplamente suportadas na evidência” e “E2.5. – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.” (OE 2018, p.19193)

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

“Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude,” (OE, 2018, p.19194)

Para atingir esta competência, tem que ser cumpridas as unidades de competências definidas pela OE. Relativamente à unidade de competência “E3.1. – Promove o crescimento e desenvolvimento infantil” (OE, 2018, p.19194), apesar de ter transversal a todos os contextos de estágio, foi particularmente trabalhada no estágio realizado na USF. Esta foi adquirida durante as consultas de desenvolvimento infantil realizadas na USF. Nesta consulta de enfermagem seguiram-se os pontos definidos pela OMS, que foram adquiridos pela DGS e que se encontram no PNSIJ. Estas consultas permitem a maximização da saúde das crianças e a prevenção da doença.

A unidade de competência “E3.2. – Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (OE, 2018, p.19194), foi desenvolvida em especial durante a realização do estágio na UCIN. Este é um local onde estão internados recém-nascidos, na sua maioria prematuros ou com alguma patologia específica, o que requer cuidados muito especializados. Foi incentivada a participação dos pais na prestação de cuidados aos recém-nascidos internados, de forma a promover a vinculação criança/família. Foi um estágio muito desafiador em que os pais se encontravam bastante preocupados com os seus filhos, pelo que a aquisição de competências em comunicar com estes pais foi muito importante. A amamentação foi incentivada em todos os contextos de estágio, quer na USF, quer nos estágios hospitalares, sendo explicado as vantagens da amamentação. Infelizmente o cantinho da amamentação que existia no local onde foi realizado o estágio da UCIN encontrava-se desativado, pelo que não foi possível perceber como funciona este espaço. A unidade de competência “A3.3. – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2018, p.19194), refere-se à forma como o enfermeiro deve comunicar com a criança/família dependendo da cultura e do estágio de desenvolvimento. Todos os estágios forneceram contributos para adquirir esta unidade de competência.

Relativamente à UCIN, a população a ser cuidada é o recém-nascido, no entanto a comunicação não deixa de ser importante. A comunicação, principalmente com os pais, que se encontram bastante fragilizados é essencial. A comunicação não verbal com o recém-nascido através do toque e mantendo uma postura serena, por exemplo é também essencial. Nos outros ensinamentos clínicos, a população a ser cuidada é mais heterogênea,

onde cuidámos de crianças pequenas e de adolescentes. A forma de comunicação foi trabalhada de modo a ser adaptada a cada criança/jovem e família a ser cuidado. Por fim a unidade de competência diz o seguinte: “E3.4. – Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (OE, 2018, p.19194). Esta unidade de competência foi adquirida através das consultas de desenvolvimento durante o estágio da USF. Nestas consultas foi possível um contacto mais direto com o adolescente, fornecendo um espaço de confiança e conforto para o mesmo poder fazer as perguntas necessárias sem se sentir julgado. Foi também o espaço ideal para realizar ensinamentos sobre a promoção da sua saúde e sobre a sua autodeterminação.

Durante o estágio do SUP, houve contacto com uma adolescente que procurou o espaço por ideação suicida. Além da adolescente ter sido encaminhada para a especialidade de Psiquiatria, foi dado espaço para a mesma poder exprimir as suas emoções.

Durante a realização do estágio do SIP também encontramos adolescentes internados com várias patologias. Foi também um local bastante rico em experiências onde foi possível permitir ao adolescente a comunicação expressiva de emoções, reforçar a imagem corporal positiva quando necessários e auxiliar o adolescente a realizar a tomada de decisão responsável se a idade o permitir.

3.3. Competências de Mestre

O artigo 15 do capítulo III do Decreto-Lei nº65/2018 de 16-08-2018 refere que para se poder atribuir o grau de mestre, o estudante deve demonstrar:

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

ii) Permitam e contruam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

A realização do curso de Mestrado em Enfermagem deu-nos todas as ferramentas para podermos alcançar o grau de mestre.

Durante a parte teórica do curso de Mestrado, na Unidade Curricular “Investigação em Enfermagem”, foi realizada uma revisão integrativa da literatura com abordagem qualitativa sobre o tema “A criança com Doença Oncológica: Emoções vividas pelos Enfermeiros”.

O presente relatório de estágio, foi também uma mais-valia para poder atingir as competências definidas para atingir o grau de mestre. Durante a realização do último estágio, foi realizado um artigo a partir das informações recolhidas através dos questionários aplicados às três equipas de enfermagem. A realização deste artigo foi fundamental para adquirir algumas competências exigidas para se atingir o grau de mestre. O resumo do artigo com o nome “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, o que é? Perspetivas de três equipas de enfermagem da área pediátrica sobre a segurança na utilização da medicação” pode ser consultado no apêndice 27.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relatório marca o final dos diversos estágios efetuados, bem como de um Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Foram vários os ensinamentos clínicos realizados, possibilitando adquirir experiências enriquecedoras, que seguramente irão ser úteis para o futuro profissional como enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica.

Com a realização deste relatório, foi possível colocar em prática, a metodologia de projeto. O tema escolhido para ser estudado, encontrava-se enquadrado na linha de investigação “Segurança e Qualidade” sendo o seguinte: Práticas Seguras na Utilização de Medicação em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Este tema norteou todos os ensinamentos clínicos realizados.

Em primeiro lugar, foi realizado um diagnóstico de situação, utilizando vários instrumentos. Através da realização da primeira etapa da metodologia, foi possível entender que havia fragilidades, tanto entre as equipas de enfermagem, como entre os cuidadores da população em idade pediátrica, sobre o tema. O problema identificado, riscos na utilização da medicação em pediatria, norteou os objetivos para os ensinamentos clínicos.

Para atingir os objetivos foram realizadas várias atividades em todos os ensinamentos clínicos, entre elas: folhetos, pósteres, e sessões de educação para a saúde. Todas estas atividades pretenderam aumentar a segurança na utilização da medicação.

Através da última etapa da metodologia de projeto, foi perceptível que o objetivo foi cumprido, ou seja, através das atividades realizadas, possibilitou-se o aumento da segurança na utilização da medicação em pediatria, tanto entre os profissionais de enfermagem, como nos pais/cuidadores da população em idade pediátrica.

É importante ressaltar que o conhecimento do PNSD 2015-2020 é imensamente importante, pois é um plano desenhado pela DGS que inclui normas e orientações que devem ser seguidas estritamente para que se possa aumentar a segurança na utilização da medicação. Atualmente encontra-se em execução um novo plano, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Este novo plano dá continuidade ao anterior, apresentando algumas inovações, baseadas na avaliação do PNSD 2015-2020. O plano atual, tem como suporte o Plano Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 definido pela OMS “(...) reúne o conhecimento mais atualizado no âmbito da segurança do doente, incorporando e apelando à mobilização e ação dos diferentes intervenientes da saúde, concretamente, os decisores políticos, líderes e gestores das instituições de saúde e das estruturas com responsabilidade na área da qualidade, segurança do doente e gestão do risco, auditoria clínica, profissionais de saúde, utentes, doentes, famílias e cuidadores.”

O presente plano tem como objetivo promover e solidificar a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo novos modelos de sistema de saúde como os cuidados domiciliários e a telessaúde.

Diferentemente do PNSD 2015-2020 que apresentava 9 objetivos, este novo plano encontra-se assente em 5 pilares específicos. São eles:

Pilar 1: Cultura de segurança;

Pilar 2: Liderança e governança;

Pilar 3: Comunicação;

Pilar 4: Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente;

Pilar 5: Práticas seguras em ambientes seguros.

Após analisar os diferentes pilares, é possível verificar que o pilar que mais se adequa ao tema do relatório é o Pilar 5: Práticas seguras em ambientes seguros. Este pilar tem como objetivos:

- 1 – Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde;
- 2 – Monitorizar a implementação de práticas seguras;
- 3 – Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde e as resistências aos antimicrobianos;
- 4 – Promover a telessaúde segura.

Este novo plano, apesar de essencial, trata-se apenas de uma continuidade do plano anterior, principalmente, relativamente ao tema aumento da segurança na utilização da medicação.

O curso de mestrado em enfermagem, é bastante completo, tendo como estrutura Unidades Curriculares teóricas, tanto gerais, como específicas e diversos ensinamentos clínicos, desde os cuidados de saúde primários até aos cuidados de saúde hospitalares. Todo o curso permitiu a aquisição de diversas competências. Foram adquiridas as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e as Competências de Mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abay, M., Baraki, Z., Gerense, H., Kebede, A., Teklay, H., & Tsegay, L. (2018). Medication administration error and contributing factors among pediatric inpatient in public hospitals of Tigray, northern Ethiopia. In BMC Pediatrics, 18 (321), 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1294-5>
- Abed, N.T., Al-Azzouny, M.A., Attia, S.S., El-Shazly, A.N., & Soliman, D.R. (2017). Medical errors in neonatal intensive care unit at Benha University Hospital, Egypt. In Eastern Mediterranean Health Journal, 23 (1), 31-39. Disponível em: DOI: [10.26719/2017.23.1.31](https://doi.org/10.26719/2017.23.1.31)
- Acerini, C. L., McClure, R.J. & Tasker, R.C. (2013) Oxford Handbook of Paediatrics (2ª edição). Oxford University Press
- Alligood, M.R. & Tomey, A. M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (5ª edição). Lusociência.
- Belela, A.S.C., Pedreira, M.L.G. & Peterlini, M.A.S. (2011). Erros de medicação em Pediatria. In Revista Brasileira de Enfermagem. 64(3), 563-569.
- Carreira, P., N. (2013). Erro Terapêutico em Pediatria: Perspectivas e Práticas dos Enfermeiros. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório comum. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15916/1/Erro%20Terap%C3%AAutico%20em%20Pediatria.pdf>
- Cassiani, S.H.B. & Zem-Mascarenhas, S.H. (2006). A Criança e o Medicamento. Orientações para o Cuidado (1ª edição). Iátria.

Decreto-lei nº 161. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República nº 161, Série I-A de 04-09-1996. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

Decreto-lei nº 104. (1998). O Código Deontológico do Enfermeiro. Diário da República nº 93, Série I-A de 21-04-1998. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Decreto-lei nº. 65 (2018). Diário da República nº 157, Série I de 16-08-2018. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Demeke, T., Hailu, M., Hassen, M., Jember, A., Messele, A. (2018). Proportion of medication error reporting and associated factors among nurses: a cross sectional study. In BMC Nursing. 17(9), 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0280-4>

Despacho nº 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República n.º 187, Série II de 24-09-2021. Disponível em: <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>

Direção-Geral da Saúde (23-05-2011). Norma: Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. 018/2011. Disponível em: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020/identificacao-inequivoca-dos-doentes.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (05-2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. DGS. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude- infantil-e-juvenil-png.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (30-12-2014). Norma: Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. 020/2014. DGS. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2014/12/30/medicamentos-com-nome-ortografico-fonetico-ou-aspeto-semelhantes/>

Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (06-08-2015). Norma: Medicamentos de alerta máximo. 014/2015. DGS. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/08/06/medicamentos-de-alerta-maximo/>

Direção-Geral da Saúde. (17-12-2015). Orientação: Processo de Gestão da Medicação. 014/2015. DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (30-12-2016). Norma: Reconciliação da medicação. 018/2016. DGS. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2016/12/30/reconciliacao-da-medicacao/>

Englebright, J., Laxton, B., Miller, K.M., Meyers, J., Murray, K.L., & Wright, D. (2014). Implementation of Standardized pediatric I.V. medication concentrations. In American Journal of Health-System Pharmacy. 71 (17), 1500-1508. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25147175/>

Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. (2010, janeiro- março). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos, no15, 1-37. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Filho, C.P.T.F., Júnior, A.C.P., & Veloso, I.R. (2014). Identificação e Análise de Erros na Administração de Medicamentos em uma Unidade Pediátrica Hospitalar. In

Revista de Enfermagem UFPE Online. 8(4), 943-950. Disponível em: DOI: 10.5205/reuol.5829-50065-1-ED-1.0804201420

Fortin, M. (1999). O Processo de Investigação: Da concepção à realização (2ª edição). Lusociência.

Gallagher, R.M., & Melnyk, D. (2020). 25 years of Building Medication Safety. NCCMERP. Disponível em: <https://www.nccmerp.org/sites/default/files/nccmerp-25-year-report.pdf>

Gomes, G. C., Maciel, J.B.S., Mello, M.C.V.A., Oliveira, A.M.N., Ribeiro, J.P., & Rocha, C.M. (2018). Administração Segura de Medicamentos em Neonatologia e Pediatria: Cuidados de Enfermagem. In Revista de Enfermagem UFPE Online, 12(12), 3239-3246. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a235858p3239-3246-2018>

Henriques, S. & Santos, J.R. (2021). Inquérito por Questionário: contributos de conceção e utilização em contextos educativos. Universidade Aberta. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/10696/3/Inqu%C3%A9rito%20por%20Question%C3%A1rio.pdf>

Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª edição). Lusociência.

Infarmed (2016). Medicamentos Pediátricos. Disponível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/institucional/documentacao_e_informacao/informacao-tematica/-/journal_content/56/15786/1485429?tagName=outras-campanhas

ISMP Canada. (2005). Lowering the Risk of Medication Errors: Independent Double Checks. Disponível em: <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/IS-MPCSB2005-01.pdf>

Jones, B., L. (2022). Farmacocinética em Crianças. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/princ%C3%ADpios-do-tratamento-medicamentoso-em-crian%C3%A7as/farmacocin%C3%A9tica-em-crian%C3%A7as>

NCCMERP. (2024). National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. Disponível em: <https://www.nccmerp.org/>

NIDCAP Federation International. (2024). NIDCAP Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program. Disponível em: <https://nidcap.org/professionals/supports-for-nursery-change/nidcap/#how>

Ordem dos Enfermeiros. [OE]. (2015). Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização. Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE, Série 1, nº 8. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadespositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018, julho). Regulamento no 422/2018- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, 2.ª série, n.º 133, 19192-19194. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019, fevereiro). Regulamento n.º 140/2019. Diário da República, 2ª série-No26-6 de fevereiro de 2019, Diário da República, 2ª série, no.26, 4744-4750. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/119189160>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2024). Padrões de Qualidade – Questões. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Paginas/PadroesdeQualidadeQuestoes>

Simões, J., F., C. (2022). Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica nas Controvérsias da Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de

Vida. [Dissertação de Mestrado, Associação de Escolas Superiores de Enfermagem]. Repositório Aberto da Universidade de Évora. Disponível em: https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/32861/1/Mestrado-Enfermagem_de_Saude_Infantil_e_Pediatria-Joana_Filipa_da_Cunha_Simoes.pdf

World Health Organization [WHO]. (29-03-2017). WHO launches global effort to halve medication-related errors in 5 years. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years>

World Health Organization. [WHO] (2024). Background on the World Alliance for Patient Safety. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about/world-alliance-for-patient-safety>

ANEXOS

ANEXO 1 – Plano Nacional de Vacinação 2017

PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO [PNV 2017] : Esquema vacinal recomendado

VACINA DOENÇA	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
<i>Haemophilus influenzae b</i>		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4						
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3		VIP 4	VIP 5					
<i>Streptococcus pneumoniae</i>		Pn ₁₃ 1	Pn ₁₃ 2		Pn ₁₃ 3							
<i>Neisseria meningitidis C</i>					MenC1							
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2					
Vírus Papiloma humano ¹								HPV 1,2				
Tétano, difteria e tosse convulsa ²									Tdpa - Grávidas			
Tétano e difteria ³								Td	Td	Td	Td	Td

¹ Aplicável apenas a raparigas, com esquema 0, 6 meses.

² Aplicável apenas a mulheres grávidas. Uma dose em cada gravidez.

³ De acordo com a idade da pessoa, devem ser aplicados os intervalos recomendados entre doses, tendo como referência a data de administração da dose anterior. A partir dos 65 anos, recomenda-se a vacinação de todas as pessoas que tenham feito a última dose de Td há ≥ 10 anos; as doses seguintes são administradas de 10 em 10 anos

ANEXO 2 – Certificado de Conclusão do Curso de Suporte Avançado de Vida
Pediátrico



EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL
www.erc.edu

European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Patrícia Serrano BALANCHO

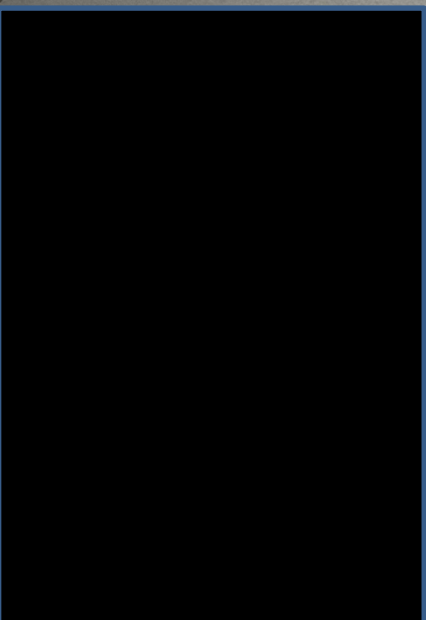
29/11/1986

Received the ERC qualification

European Paediatric Advanced Life Support (EPALS)

Provider

In Setúbal, Portugal



Date last course: 25/01/2019

The holder of this certificate is responsible for the periodical update of their knowledge, skills and retraining.

To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-883-951041

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Questionário aplicado à equipa de enfermagem do SUP

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO
POLITÉCNICO
DE BEJA
Escola Superior
Saúde



ES
Escola
Superior
Saúde
IPortalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

QUESTIONÁRIO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação, ramo de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria em que me encontro a frequentar, pretendo realizar um projeto com o tema “Segurança na Utilização da Medicação em Pediatria”. Este questionário tem como objetivo perceber qual a perceção da equipa de enfermagem sobre a dupla verificação e a correta identificação do utente, como ferramentas úteis para segurança na utilização de medicação em Pediatria. Agradeço a colaboração no preenchimento deste questionário. A informação que ceder será anónima, confidencial e segura e destina-se exclusivamente a fins de estudo estatístico. A participação no preenchimento deste questionário é voluntária.

Parte 1 – Caracterização da equipa:

1. Dados pessoais:

De acordo com a sua situação assinale um X:

1.1. Idade:

- ☐ 20 a 30 anos ☐ 41 a 50 anos ☐ >61 anos
☐ 31 a 40 anos ☐ 51 a 60 anos

1.2. Sexo:

- ☐ Masculino ☐ Feminino

1.3. Habilitações literárias:

- ☐ Bacharelato em Enfermagem
☐ Licenciatura em Enfermagem
☐ Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem: área de Especialização:

-
- ☐ Mestrado

☐ Doutoramento

1.4. Anos de Experiência profissional:

☐ 0 a 4 anos ☐ 10 a 14 anos ☐ >20 anos

☐ 5 a 9 anos ☐ 15 a 19 anos

Parte 2 – Por favor responda as seguintes questões:

1 – Para si dupla verificação é:

2 – Em Portugal a DGS recomenda a utilização da dupla verificação em qual da(s) seguinte(s) situação/situações?

3 – Na atualidade quantos certos devem ser seguidos para uma preparação e administração de medicação segura?

4 – Antes de preparar e administrar qualquer medicação, o profissional de saúde deve identificar o doente. Como o deve fazer?

5 – Quais são os dados que podem ser utilizados para identificar um doente?

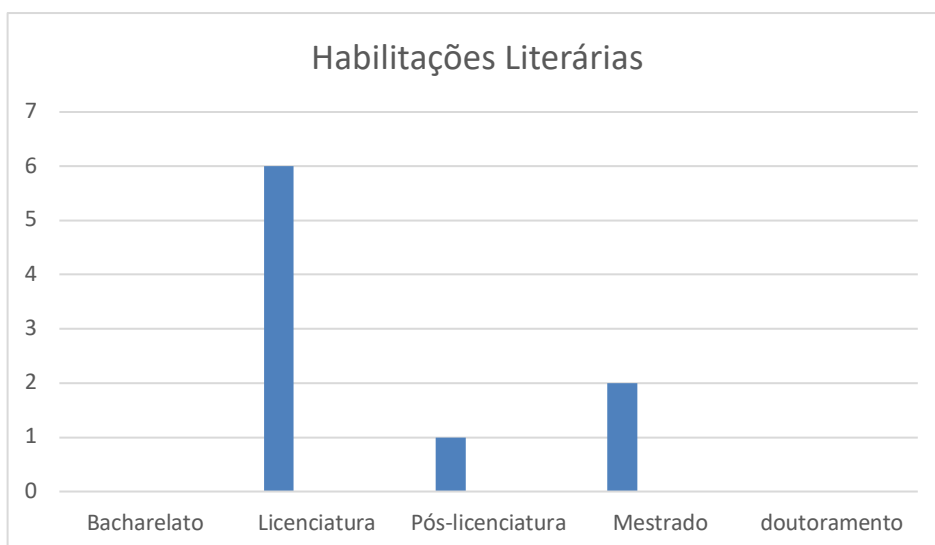
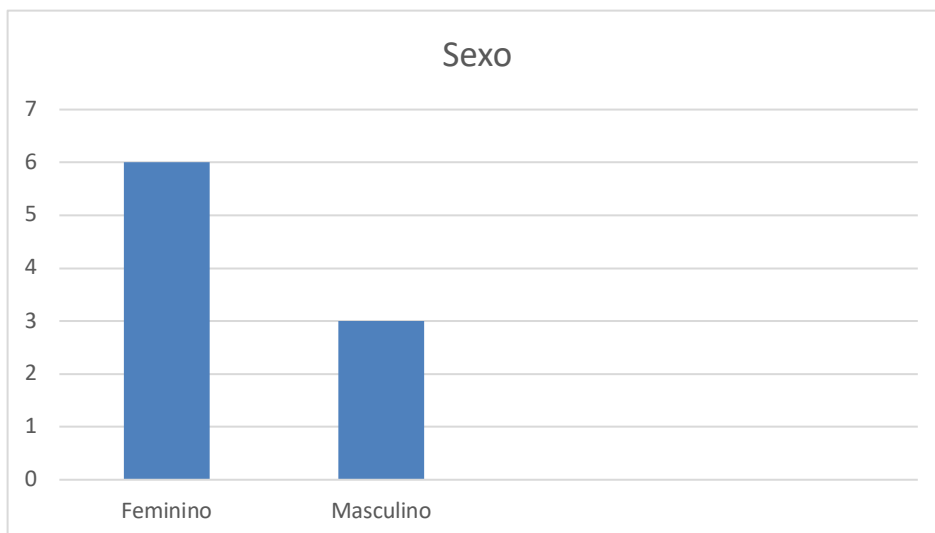
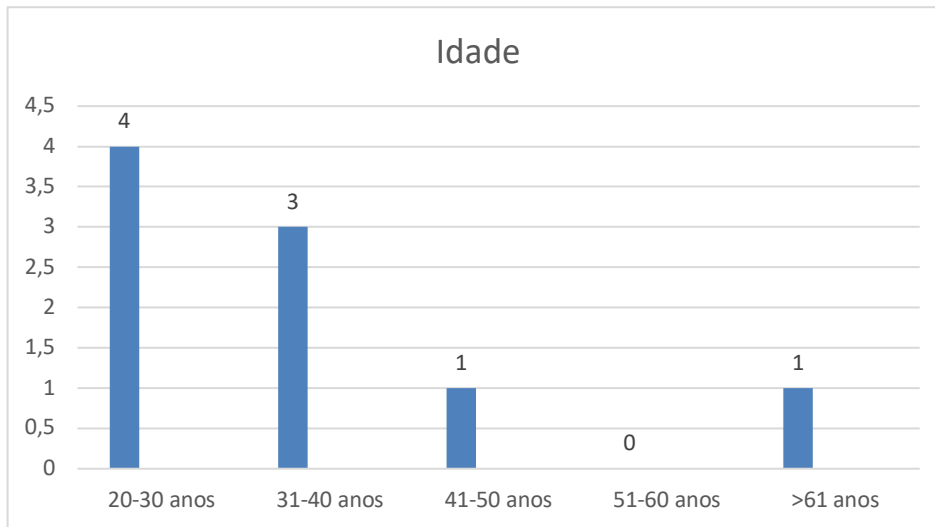
Obrigado pela sua colaboração

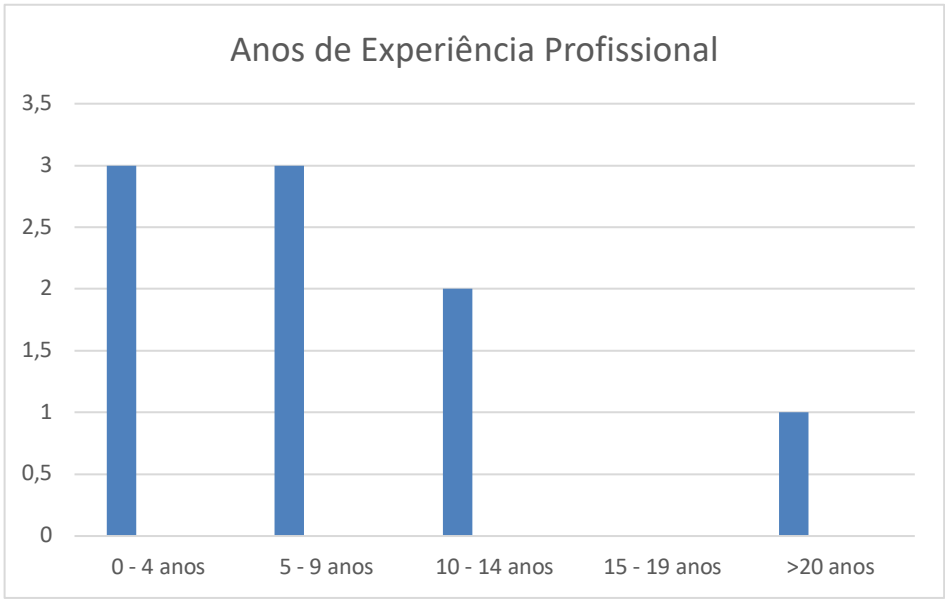
Elaborado por:
Enfermeira Patrícia Balancho

Orientado por:

[Redacted text block containing four lines of blacked-out content]

APÊNDICE 2 - Análise dos resultados obtidos a partir da aplicação dos questionários à equipa de enfermagem do SUP





APÊNDICE 3 – Pedido de Parecer do Concelho de Ética do Hospital onde foi realizado o estudo

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Saúde



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Pedido de parecer à comissão de ética do Hospital [REDACTED]

1 – Nome e filiação institucional:

Patrícia Isabel Serrano Balancho, Enfermeira no Hospital do Espírito Santo de Évora- EPE e estudante de Mestrado em Enfermagem em Associação com área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

2 – Investigador responsável/ orientador:

Enfermeira Patrícia Balancho/ Professora Dulce Cruz

3 – Justificação

Este tema é de uma importância extrema pois segundo o plano de segurança para os doentes 2015-2020 “A Organização Mundial de Saúde estima que entre 8% e 10% dos doentes internados em cuidados intensivos e cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação, gerando encargos financeiros avultados para os sistemas de saúde.” (DGS, 2015) É, portanto, importante que a utilização da medicação seja efetuada de forma correta para evitar complicações. Esta temática é especialmente importante na área pediátrica pois “Os bebés e crianças correm maior risco de erros de medicação do que os adultos.” (NPSA,2007).

4 – Objetivos do Estudo

- Fomentar a cultura de segurança da medicação num serviço de Pediatria;
- Identificar as práticas e conhecimentos dos enfermeiros do Serviço de Pediatria, sobre o plano de Segurança para o Doente 2015-2020/objetivo 4 – aumentar a segurança da medicação.

5 – Data prevista de início dos trabalhos:

Dezembro

6 – Data prevista para fim dos trabalhos:

Janeiro

7 – Metodologia:

Tipo de Estudo: Estudo descritivo, transversal e exploratório.

População e amostra: A população será os enfermeiros dos serviços de urgência pediátrica, internamento de pediatria e Unidade de cuidados intensivos neonatais.

Crítérios de inclusão: Todos os enfermeiros que estejam a exercer funções nos respetivos locais de trabalho

Locais onde decorre a investigação: urgência pediátrica, internamento de pediatria e Unidade de cuidados intensivos neonatais.

Instrumentos e colheitas de dados: Irá ser utilizado um questionário aos enfermeiros que queiram participar no estudo e irá ser utilizada uma checklist para perceber se os serviços seguem as diretrizes propostas pelo plano

Garantia de confidencialidade: Sim

8 – Há previsão de danos para os sujeitos investigados?

Não

9 – Há previsão de benefícios para os sujeitos investigados?

Sim. Penso que com esta investigação irá haver uma melhoria continua nos cuidados prestados.

10 – Custos de participação para os sujeitos da investigação e possível compensação:

Sem custos para os sujeitos.

11 – Anexos:

Curriculum vitae

Folha de consentimento informado

Questionário

Checklist

APÊNDICE 4 - *Checklist*

CHECKLIST

A presente Checklist será preenchida por mim, a investigadora responsável, e tem como objetivo perceber se os três serviços da área pediátrica seguem as boas práticas e guidelines fornecidas pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

Questões	Sim	Não
Existe algum sistema de notificação de incidentes na instituição?		
Existe uma lista de medicamentos LASA ajustada ao serviço que se encontra divulgada?		
Os medicamentos LASA, encontram-se separados e sinalizados com cores, negrito ou grafismo diferente?		
Existe uma lista de medicamentos de alerta máximo ajustada ao serviço que se encontra divulgada?		
Os medicamentos de alerta máximo encontram-se sinalizados?		
Existem raras ou nenhuma prescrições verbais?		
Existe no mínimo possível, o número de apresentações e de dosagens/concentrações para cada substância ativa?		
Existe prescrição eletrónica?		
A dupla verificação é incentivada?		
Todos os doentes estão identificados com uma pulseira com os seus dados?		
Existe um ambiente de trabalho que permite aos profissionais de saúde o desenvolvimento adequado ao seu trabalho? (Boa iluminação, material adequado, entre outros)		
Os enfermeiros não são interrompidos aquando da preparação de terapêutica?		

Bibliografia

Direção-geral da Saúde (2011). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Orientação nº 018/2011 de 23/05/2011. Acedido em:

<https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/identificacao-inequivoca-dos-doentes.aspx>

Direção-geral da Saúde (2014). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspetos semelhantes. Norma nº 020/2014 de 30/12/2014. Acedido em:

<https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/seguranca-na-utilizacao-da-medicacao.aspx>

Direção-geral da Saúde (2015). Medicamentos de alerta máximo. Norma nº 014/2015 de 06/08/2015. Acedido em:

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142015-de-06082015.aspx>

Direção-geral da Saúde. (2015) Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Acedido em:

<https://www.dgs.pt/?cr=26938>

Direção-geral da Saúde (2015). Processo de Gestão da Medicação. Orientação nº 014/2015 de 17/12/2015. Acedido em:

<https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/seguranca-na-utilizacao-da-medicacao.aspx>

Direção-geral da Saúde (2016). Reconciliação da medicação. Norma nº018/2016 de 30/12/2016. Acedido em:

<https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/seguranca-na-utilizacao-da-medicacao.aspx>

APÊNDICE 5 – Declaração de Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA E A CONVENÇÃO DE OVIEDO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se tiver alguma dúvida não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento, por favor.

Pretendo realizar um estudo com o tema “Segurança na Utilização da Medicação em Pediatria”. Este projeto enquadra-se na linha de investigação da segurança da criança/jovem que se encontra inserido no Mestrado em Enfermagem em Associação, com área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, sob autoria da estudante Patrícia Isabel Serrano Balancho e sob orientação da Professora Dulce Cruz. Nesta investigação será realizado um estudo sobre as práticas e conhecimentos dos enfermeiros dos serviços da área Pediátrica, sobre o Plano de Segurança para o Doente 2015-2020/objetivo 4.

A sua participação é totalmente voluntária e isenta de qualquer tipo de prejuízo caso decida não participar ou desista do mesmo. A informação obtida neste estudo, bem como as análises totais e/ou parciais efetuadas, serão arquivadas em dispositivo próprio, com proteção e com acesso exclusivo dos investigadores do projeto. No processo de tratamento de dados não será possível identificar os respondentes em virtude de os dados serem armazenados de forma agregada e sem identificação individual (garantido deste modo o anonimato). Todos os profissionais envolvidos neste estudo estão sujeitos ao dever de sigilo profissional.

Desde já, a equipa de investigação agradece a sua disponibilidade e participação neste estudo.

Para qualquer esclarecimento de dúvidas não hesite em contactar a Investigadora Patrícia Isabel Serrano Balancho através do telemóvel [REDACTED] ou através do e-mail [REDACTED]

Assinatura: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária, forneço confiando que apenas serão utilizados para o presente estudo e garantido a confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

APÊNDICE 6 – Questionário aplicado às equipas de enfermagem da área pediátrica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO
POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior
Saúde



Escola
Superior
Saúde
IPortalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

QUESTIONÁRIO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação, com área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria em que me encontro a frequentar, pretendo realizar um projeto com o tema “Segurança na Utilização da Medicação em Pediatria”.

Este questionário tem como objetivo perceber o nível de conhecimento que a equipa de enfermagem tem sobre o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, aprofundando o objetivo 4 – Aumentar a Segurança na Utilização da Medicação. Agradeço a colaboração no preenchimento deste questionário que será fundamental para o desenvolvimento do projeto supracitado. O tempo de preenchimento deste questionário terá uma duração essencialmente de 5 minutos.

Este questionário está dividido em 2 partes, na primeira parte encontra-se a caracterização da equipa e na segunda parte encontram-se questões onde na maioria terá apenas que colocar um x na que achar correta.

A informação que ceder será anónima, confidencial e segura e destina-se exclusivamente a fins de estudo. A participação no preenchimento deste questionário é voluntária.

Obrigado!

Investigadora:
Enfermeira Patrícia Balancho

Professora Orientadora:
Professora Dulce Cruz

Parte 1 – Caracterização da equipa:

1. Dados pessoais:

1.1. Idade:

_____ Anos

1.2. Sexo:

☐ Masculino ☐ Feminino

1.3. Habilitações literárias:

☐ Bacharelato em Enfermagem

☐ Licenciatura em Enfermagem

☐ Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem: área de Especialização:

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

1.4. Anos de Experiência profissional:

☐ 0 a 4 anos ☐ 10 a 14 anos ☐ >20 anos

☐ 5 a 9 anos ☐ 15 a 19 anos

Parte 2 – Por favor responda as seguintes questões:

1 – Conhece o plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020?

☐ Sim

☐ Não

2 – O plano supracitado tem como um dos objetivos “aumentar a segurança na utilização da medicação”. Para si que boas práticas deveriam ser utilizadas para aumentar a segurança na utilização da medicação?

3 – Tem conhecimento de um sistema de notificação de incidentes na sua instituição?

☐ Sim

☐ Não

3.1. – Já o utilizou alguma vez?

☐ Sim

☐ Não

4 – A Direção Geral de Saúde publicou várias normas sobre práticas seguras na utilização da medicação.

4.1 – Para si o que são medicamentos LASA?

☐ São medicamentos que têm função semelhante

☐ São medicamentos com um risco acrescido que os restantes

☐ São medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto

semelhante

☐ Não sei

4.2 – Tem conhecimento da lista de medicamentos LASA na sua instituição?

☐ Sim

☐ Não

4.3 – Os medicamentos de alerta máximo possuem um risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização. Quando prepara qualquer um destes fármacos, como o faz?

☐ Preparo a medicação de forma tradicional

☐ Recorro à dupla verificação independente

4.4 – Estes medicamentos estão sinalizados de modo que se destaquem dos restantes?

☐ Sim

☐ Não

4.5 – A reconciliação da medicação que contribui para manter atualizada a lista da medicação de cada doente, bem como outras informações importantes, evitando

disparidades entre a sua medicação habitual e a medicação estabelecida em cada momento de transição de cuidados. Pensa que este processo acontece no seu local de trabalho?

- ☐ Discordo plenamente
- ☐ Discordo
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo plenamente

5 – Na atualidade quantos certos devem ser seguidos para uma preparação e administração de medicação segura?

- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 9
- ☐ 12

6 – Antes de preparar e administrar qualquer medicação, o profissional de saúde deve identificar o doente. Como o deve fazer?

- ☐ Perguntar o nome completo ao doente/ acompanhante?
- ☐ Perguntar o nome completo e a data de nascimento ao doente/ acompanhante e verificar a sua pulseira de identificação.
- ☐ Perguntar o nome completo e data de nascimento ao doente/ acompanhante.

7 – A Instituição onde exerce as suas funções assegura a disponibilidade de um farmacêutico 24 horas por dia e 7 dias por semana?

- ☐ Sim
- ☐ Não

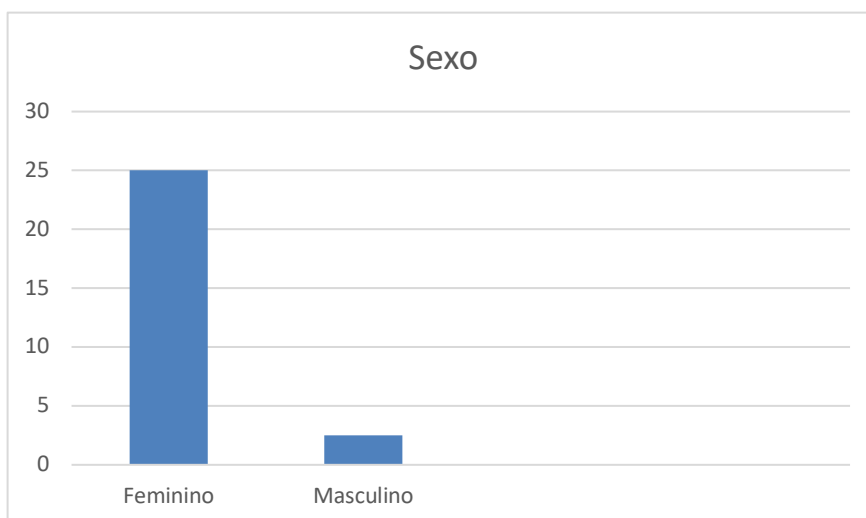
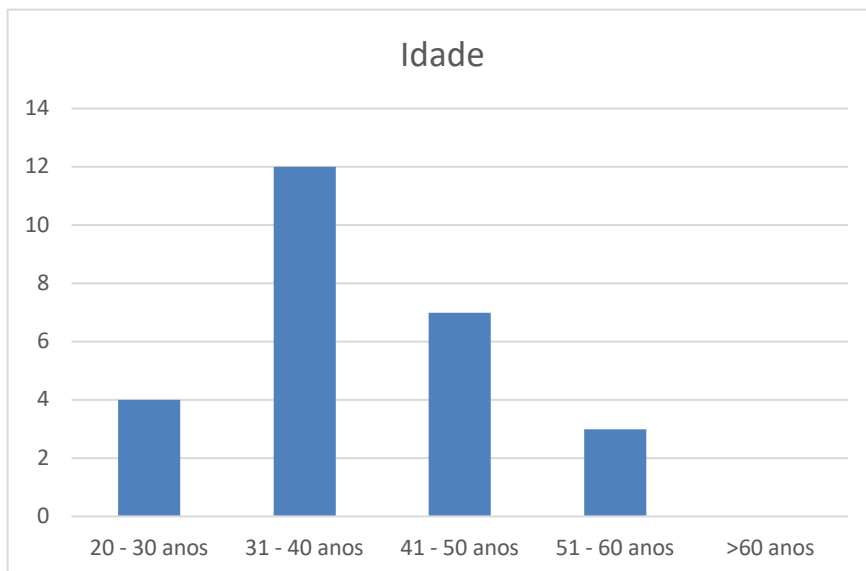
7.1 - Se sim considera que o sistema funciona corretamente?

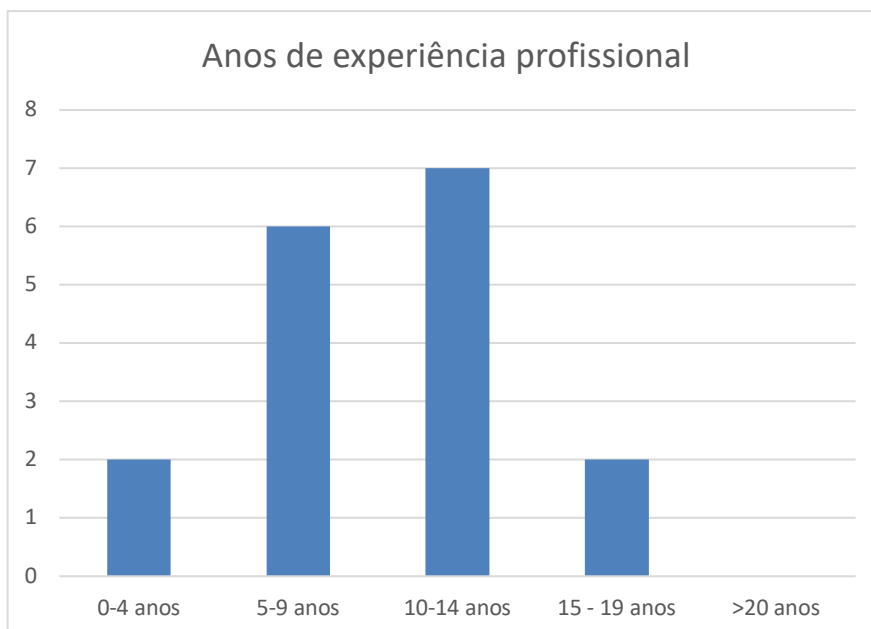
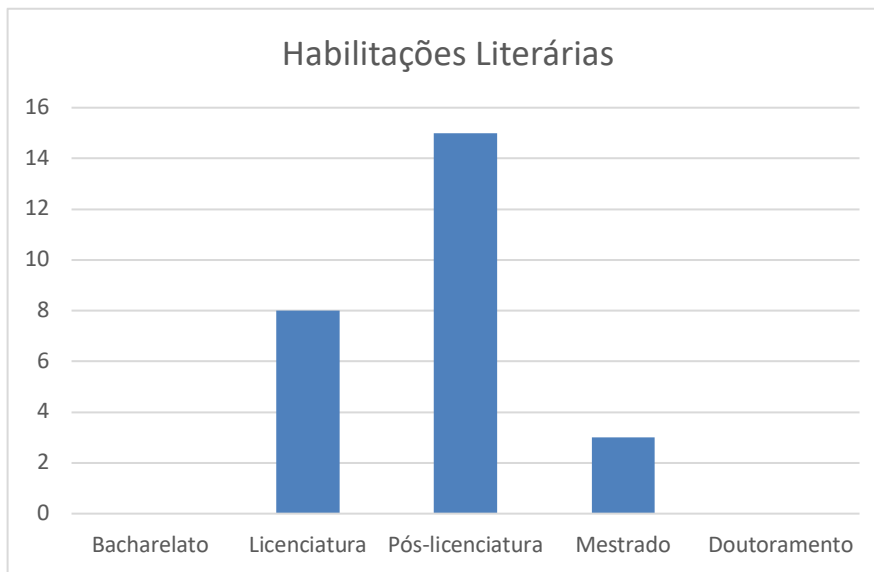
- ☐ Discordo plenamente
- ☐ Discordo
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo plenamente

Obrigado pela sua colaboração!

APÊNDICE 7 – Análise dos resultados obtidos a partir da aplicação dos questionários às equipas de enfermagem da área pediátrica

Parte 1 – Caracterização das equipas

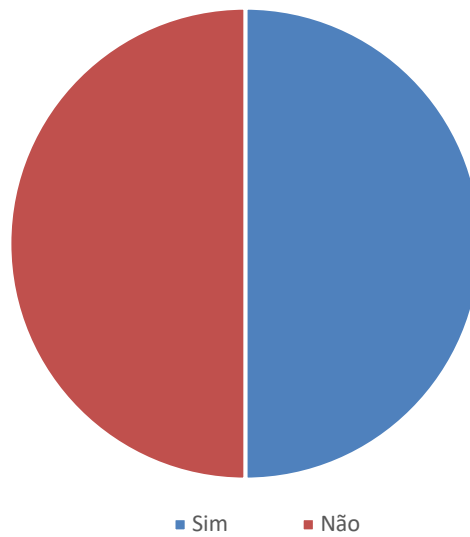




Parte 2 – Questões

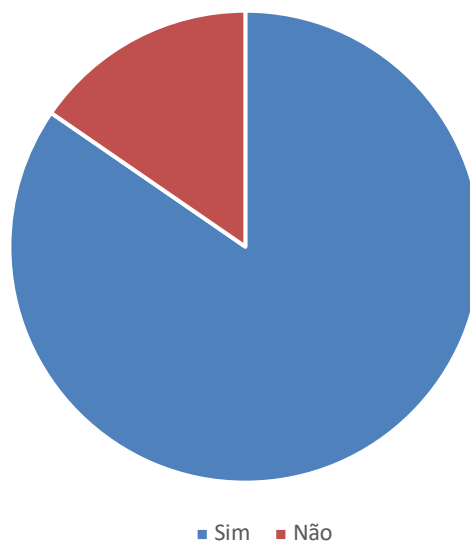
Questão 1 – Conhece o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015 – 2020?

Questão 1



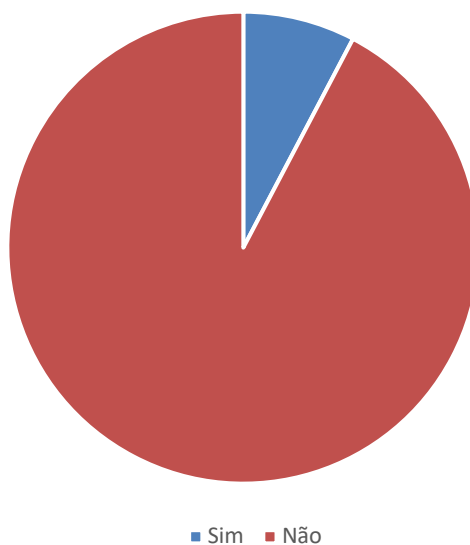
Questão 3 – Tem conhecimento de um sistema de notificação de incidentes na sua instituição?

Questão 3



Questão 3.1. – Já o utilizou alguma vez?

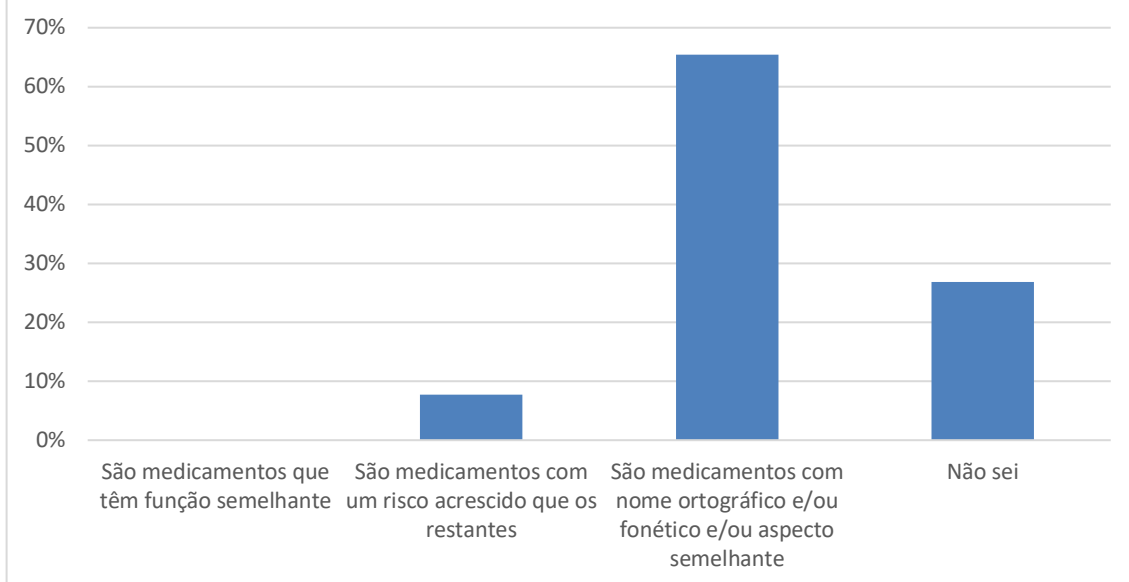
Questão 3.1.



Questão 4

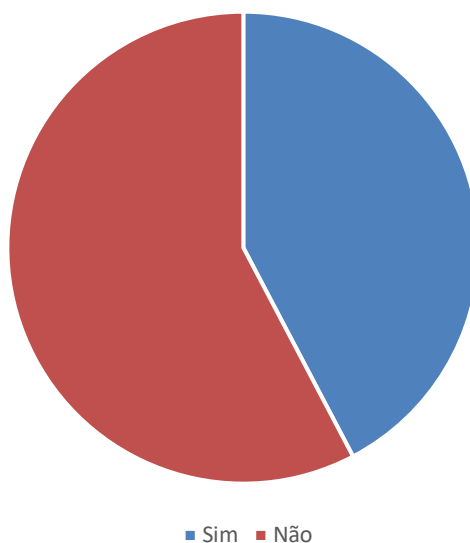
Questão 4.1. – Para si o que são medicamentos LASA?

Questão 4.1.



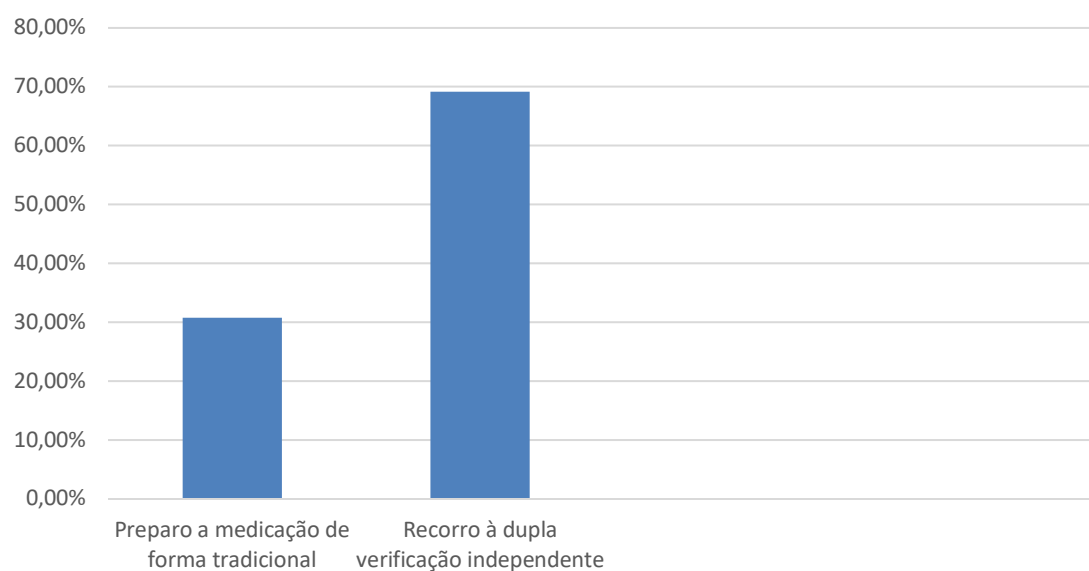
Questão 4.2 – Tem conhecimento da lista de medicamentos LASA na sua instituição?

Questão 4.2.

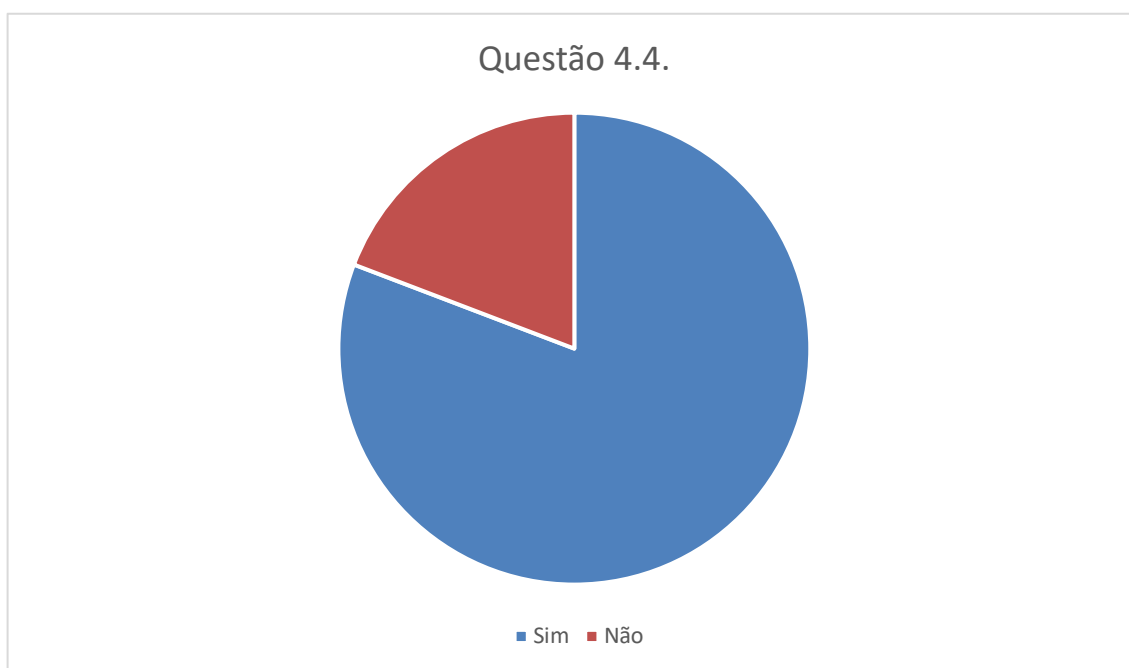


Questão 4.3. – Os medicamentos de alerta máximo possuem um risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização. Quando prepara qualquer um destes fármacos, como o faz?

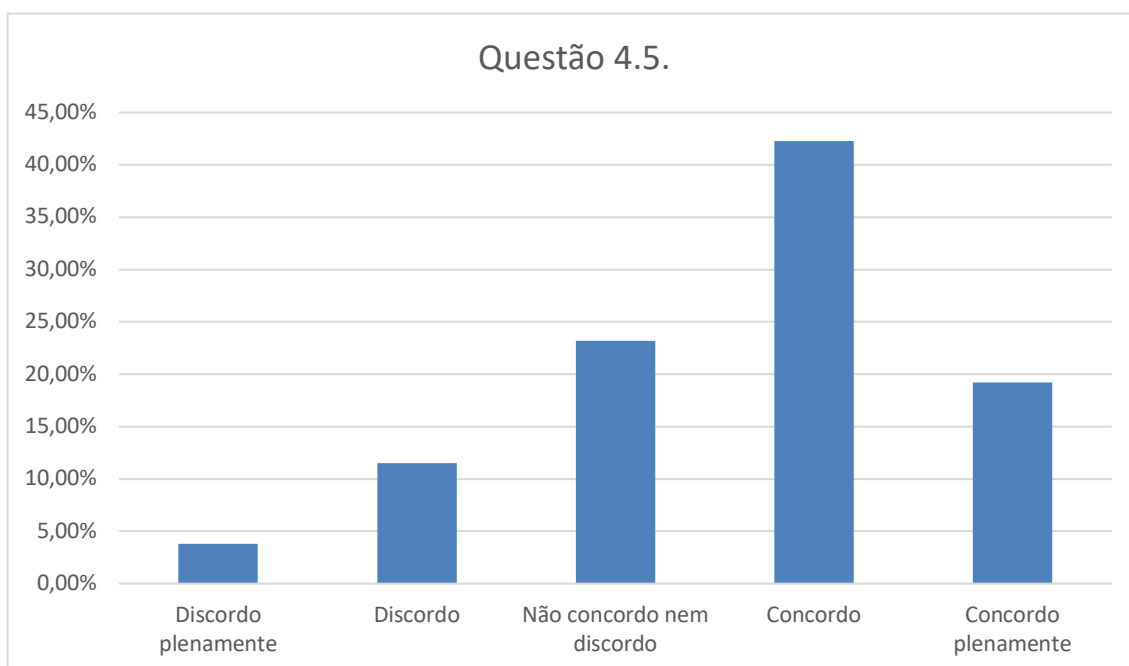
Questão 4.3.



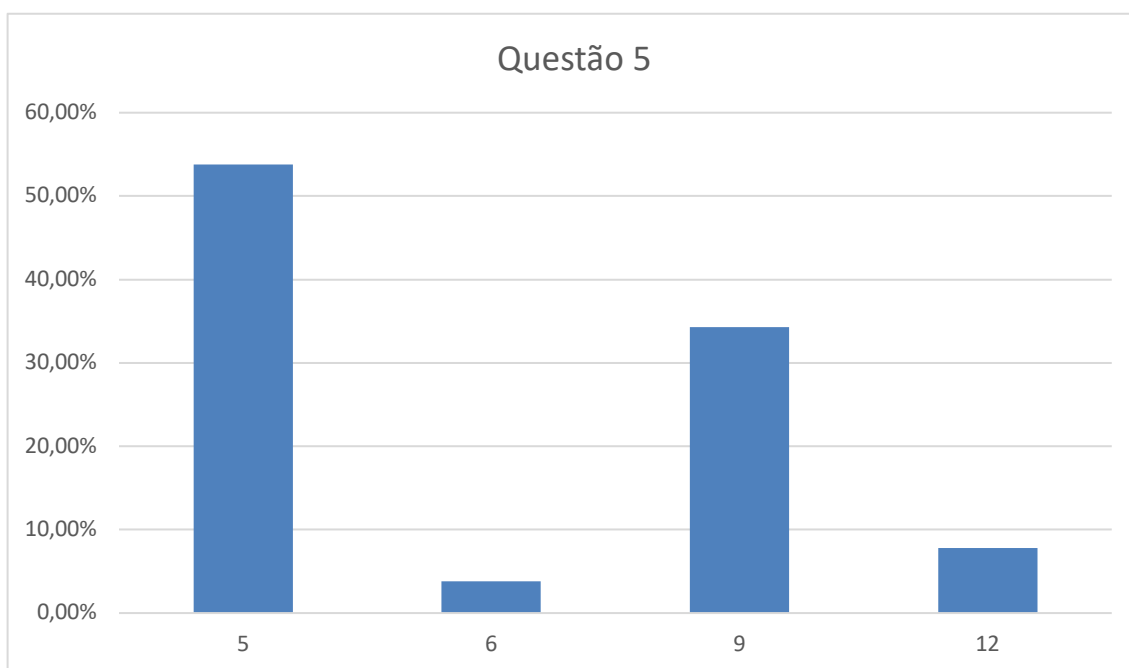
Questão 4.4. – Estes medicamentos estão sinalizados de modo que se destaquem dos restantes?



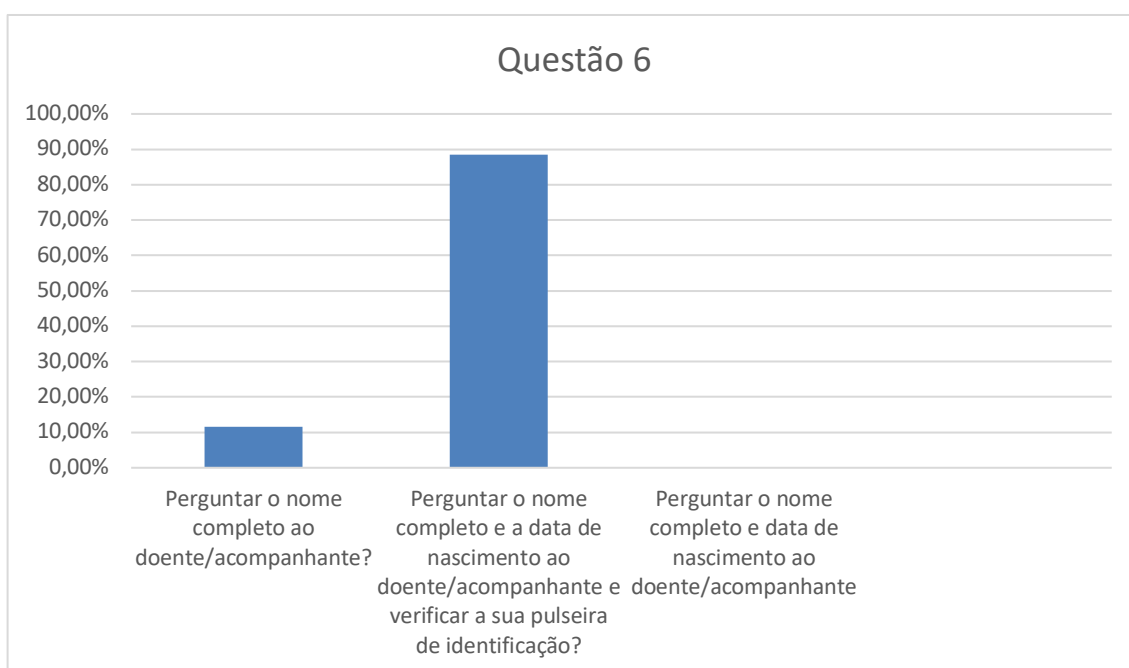
Questão 4.5. – A reconciliação da medicação que contribui para manter atualizada a lista da medicação de cada doente, bem como outras informações importantes, evitando disparidades entre a sua medicação habitual e a medicação estabelecida em cada momento de transição de cuidados. Pensa que este processo acontece no seu local de trabalho?



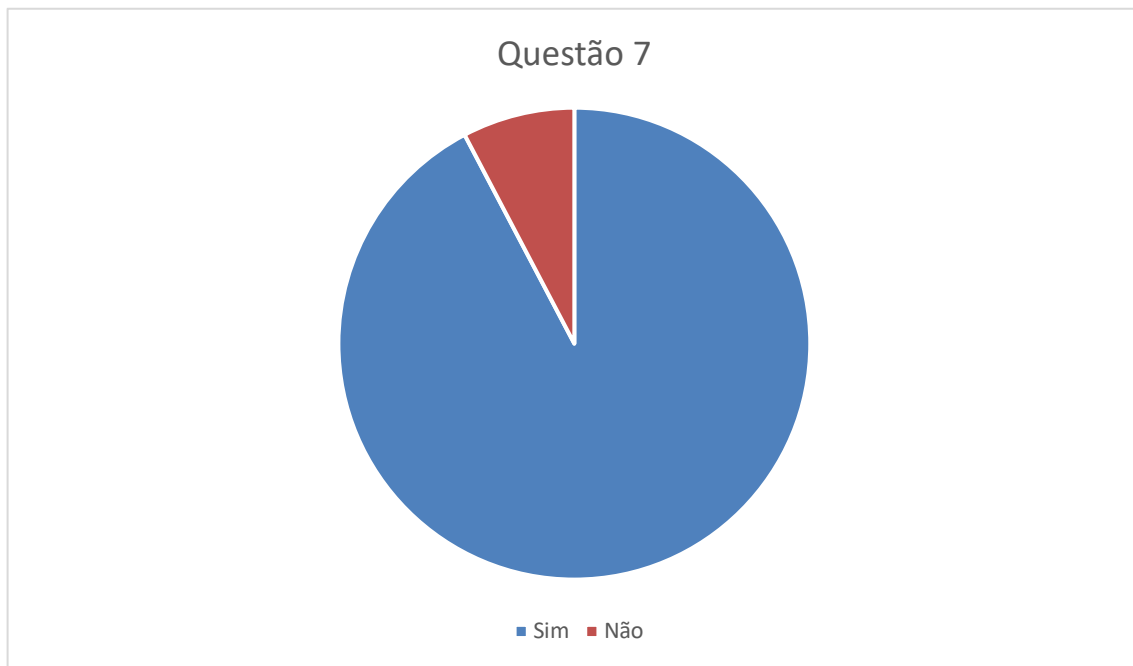
Questão 5 – Na atualidade quantos certos devem ser seguidos para uma preparação e administração de medicação segura?



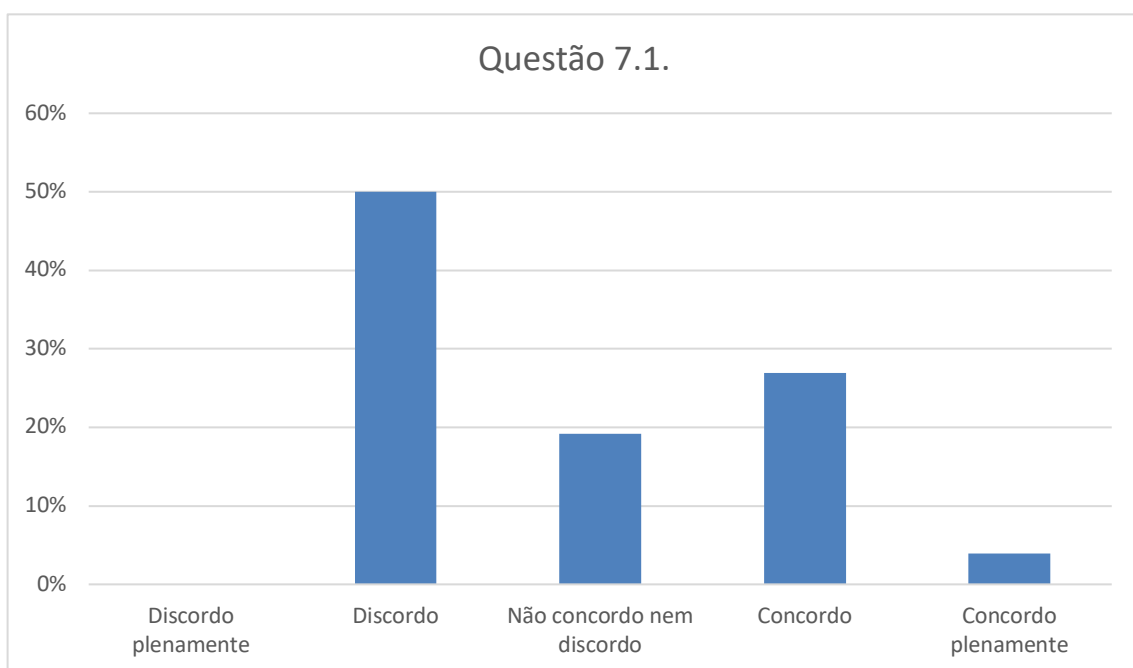
Questão 6 – Antes de preparar e administrar qualquer medicamento, o profissional de saúde deve identificar o doente. Como o deve fazer?



Questão 7 – A Instituição onde exerce as suas funções assegura a disponibilidade de um farmacêutico 24 horas por dia e 7 dias por semana?



Questão 7.1. – Se sim, considera que o sistema funciona corretamente?



APÊNDICE 8 – Cronogramas apresentando o planeamento das atividades propostas nos diversos estágios

ESTÁGIO I

USF

Semanas de estágio Etapas	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana	5ª semana	6ª semana
Diagnóstico da situação (realização de entrevistas)						
Planeamento das atividades a realizar						
Execução das atividades planeadas						
Apresentação das atividades executadas						

ESTÁGIO FINAL

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Semanas de estágio Etapas	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana
Diagnóstico da situação (realização de entrevistas)				
Planeamento das atividades a realizar				

Execução das atividades planeadas				
Apresentação das atividades executadas				

Serviço de Urgência Pediátrica

Semanas de estágio	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana
Etapas				
Diagnóstico da situação (realização de entrevistas + Aplicação de questionários)				
Planeamento das atividades a realizar				
Execução das atividades planeadas				
Apresentação das atividades executadas				

Serviço de Internamento de Pediatria

Semanas de Estágio	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana	5ª semana	6ª semana	7ª semana	8ª semana
Etapas								
Diagnóstico da situação (Realização de entrevistas)								
Diagnóstico da situação (Parecer comissão de ética)								

Aplicação da checklist e questionários								
Planeamento das atividades a realizar								
Execução das atividades planeadas								
Apresentação das atividades realizadas								

APÊNDICE 9 – Atualização do PNV na sala de vacinação da USF



APÊNDICE 10 – Cartaz sobre as vacinas extra-PNV

Sabia que existem vacinas para além das estipuladas no Plano Nacional de Vacinação?

Bexxero



Protege os bebés e crianças
contra a doença provocada pela
Neisseria Meningitidis que pode
provocar infecções graves tais
como **Meningite** e **Sépsis**.

Vacina contra o Rotavírus



Rotarix



RotaTeq



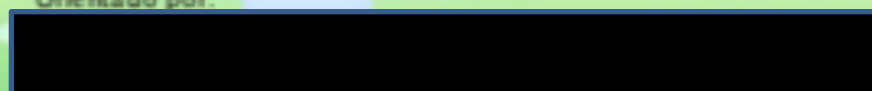
Protege os bebés e crianças
contra gastroenterites graves
provocadas pelo Rotavírus.

**As Vacinas salvam vidas!
Proteja o seu filho!**

Para mais informações procure um profissional de saúde.

Elaborado por:
Enfª Patrícia Balanço - Estudante de Mestrado em Enfermagem - Especialidade
em Saúde Infantil e Pediatria.

Orientado por:



APÊNDICE 11 – Folheto sobre a vacina Bexsero

RECOMENDAÇÕES

Após a vacinação pode surgir um aumento da temperatura. Se tal ocorrer pode administrar antipiréticos, tal como o paracetamol (Ben-u-ron).

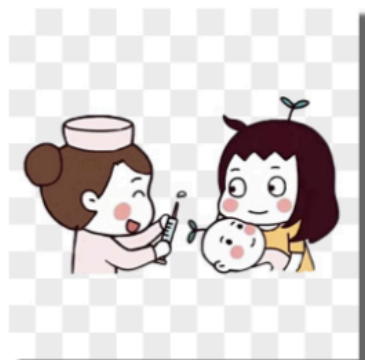
Peso igual ou superior a 3Kg
→ 1 supositório de 75mg

Peso dos 6 aos 10Kg
→ 1 supositório de 125mg

Peso dos 11 aos 20Kg
→ 1 supositório de 250 mg

Peso dos 20 aos 50Kg
→ 1 supositório de 500mg

Para evitar a febre no seu filho, pode administrar paracetamol (Ben-u-ron) antes da vacinação.



Elaborado por:
Enfª Patrícia Balancho - Estudante de Mestrado em Enfermagem - Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria

Orientado por:

VACINA BEXSERO



QUESTÕES MAIS FREQUENTES

Porque se deve administrar esta vacina?

Esta vacina protege contra a doença provocada pela bactéria Neisseria Meningitidis que pode provocar infecções graves e por vezes mortais tais como:

Meningite

Inflamação das membranas que revestem o cérebro e a medula espinal

Sépsis

Infecção do sangue

Faz parte do Plano Nacional de Vacinação?

Não. Deve ser prescrita pelo Pediatra ou Pelo Médico de Medicina Geral e Familiar (Médico de Família).

Será que devo vacinar o meu filho se estiver doente?

Se tiver apenas uma infecção ligeira, como por exemplo, uma constipação, pode vacinar sem problema, **excepto se tiver febre.**

Quando vacinar e quantas doses?

Depende da opinião do Pediatra ou do seu Médico de Medicina Geral e Familiar (Médico de Família).

Como conservar a vacina?

Após a aquisição da vacina deve colocá-la no frigorífico até ao momento da vacinação.

Após a vacinação podem ocorrer reacções adversas?

Sim. É normal ocorrer:

Febre;
Perda de apetite;
Sensibilidade, vermelhidão, inchaço e um durão no local da injeção;
Sonolência;
Irritabilidade;
Vómitos;
Diarreia.



APÊNDICE 12 – Folheto sobre a vacina Rotarix

Posso alimentar o meu filho antes da administração da vacina?

Sim. Pode alimentar e/ou amamentar o seu filho antes e depois da administração da vacina.

Devo vacinar o meu filho se estiver doente?

Se o seu filho tiver diarreia, vômitos ou doença febril aguda grave, a administração da vacina deve ser adiada.

Neste momento existem duas vacinas contra o rotavírus. Apesar de o número de doses ser diferente entre as duas vacinas, monetariamente o valor é semelhante.

ATENÇÃO

Se a primeira dose administrada ao seu filho foi de Rotarix, a segunda dose também o deve ser.

Após a aquisição da vacina deve colocá-la no frigorífico até ao momento da vacinação.

Elaborado por:
Enfª Patrícia Balancho - Estudante de Mestrado em Enfermagem - Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria

Orientado por:

VACINA ROTARIX



QUESTÕES MAIS FREQUENTES

O que é a vacina Rotarix?

É uma vacina viva que ajuda a proteger as crianças contra as gastroenterites provocadas pelo rotavírus.

Porque se deve administrar esta vacina?

A infecção por rotavírus é a causa mais comum de diarreias graves em bebés e crianças pequenas.

Esta vacina pode ser administrada em conjunto com as restantes vacinas do PNV?

Sim.

Como se administra?

Administra-se por via oral.

Quantas doses se devem administrar?

2 doses:

1ª dose - a partir das 6 semanas.

As duas doses devem ser administradas, preferencialmente até às 16 semanas, podendo, no entanto serem administradas até às 24 semanas.

Deve realizar-se um intervalo entre as doses de 4 semanas.



Faz parte do Plano Nacional de Vacinação?

Não. Deve ser prescrito pelo Pediatra ou pelo Médico de Medicina Geral e Familiar (Médico de Família).

Podem ocorrer reacções adversas após a vacinação?

Sim. É normal ocorrer:

Diarreia;

Irritabilidade.

O meu filho nasceu prematuro. Esta vacina pode ser administrada?

Sim. Pode ser administrada a bebés que nasceram de pelo menos 27 semanas.

APÊNDICE 13 – Folheto sobre a vacina Rotateq

Podem ocorrer reacções adversas após a vacinação?

Sim. É normal ocorrer:

Febre;
Diarreia;
Vómitos;
Infeções do aparelho respiratório superior.

Atenção

- Manter a bsnaga doseadora dentro da embalagem exterior para proteger da luz.

- Após a aquisição da vacina deve colocá-la no frigorífico até ao momento da vacinação.

VACINA ROTATEQ

Posso alimentar o meu filho antes da administração da vacina?

Sim. Pode alimentar e/ou amamentar o seu filho antes e depois da administração da vacina.

Neste momento existem duas vacinas contra o rotavírus. Apesar de o número de doses ser diferente entre as duas vacinas, monetariamente o valor é semelhante.

Elaborado por:
Enfª Patrícia Balancho - Estudante de Mestrado em Enfermagem - Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria

Orientado por:



QUESTÕES MAIS FREQUENTES

O que é RotaTeq?

É uma vacina viva que ajuda a proteger os bebés e crianças pequenas contra gastroenterites devido a infecções por rotavírus.

Faz parte do Plano Nacional de Vacinação?

Não. Deve ser prescrito pelo Pediatra ou pelo Médico de Medicina Geral e Familiar (Médico de Família).

Esta vacina pode ser administrada em conjunto com as restantes vacinas do PNV?

Sim.

Como se administra?

Administra-se por via oral.

Quantas doses se devem administrar?

3 doses:

- 1ª dose entre as 6 e as 12 semanas.
- Devem ser administradas com um intervalo mínimo de 4 semanas.
- É preferível que as 3 doses sejam administradas até às 20-22 semanas, no entanto podem ser administradas até, no máximo às 32 semanas.

O meu filho nasceu prematuro. Esta vacina pode ser administrada?

Sim. Pode ser administrada a bebés que nasceram de pelo menos 25 semanas. Devem receber a primeira dose da vacina entre as 6 e as 12 semanas.

Devo vacinar o meu filho se estiver doente?

Se o seu filho tiver diarreia, vómitos ou doença febril aguda grave, a administração da vacina deve ser adiada.



APÊNDICE 14 – Cartaz sobre Aerossolterapia por Nebulização

Aerossolterapia por Nebulização

Administração de medicação sob a forma de aerossol, tendo como veículo o oxigênio ou o ar comprimido.

Objetivos:

- Humidificar as vias aéreas;
- Facilitar a remoção de secreções;
- Administrar terapêutica na árvore traqueobrônquica.



Modo de utilização:

- 1 - Posicionar a criança numa posição de sentada ou semi-sentada;
- 2 - Encher o nebulizador com a medicação prescrita e diluir com soro fisiológico se necessário;
- 3 - Encaixar o nebulizador na máscara e no tubo;
- 4 - Encaixar o tubo na rampa ou bala de oxigênio;
- 5 - Colocar a máscara sobre o nariz e boca da criança. Ter em atenção para a máscara estar bem adaptada para que o aerossol não atinja os olhos;
- 6 - Colocar o debitômetro da rampa ou bala de O₂ entre os 6 a 8l/min.
- 7 - Se a criança colaborar pedir para que respire predominantemente pela boca;
- 8 - Retirar a máscara quando deixar de surgir fumo ou o nebulizador estiver vazio;
- 9 - Descartar o Kit de aerossol em local próprio.

APÊNDICE 15 – Folheto sobre Aerossolterapia por Câmara Expansora

Crianças com mais de 5 anos: Podem-se utilizar os dois tipos de Câmaras Expansoras. Se utilizar a Câmara Expansora com peça bucal:

- 1 - Colocar a criança na posição sentada ou semi-sentada;
- 2 - Introduzir o inalador firmemente na abertura flexível da tampa da extremidade (adaptador);
- 3 - Colocar os lábios à volta da peça bucal para formar um selo hermético.
- 4 - Expirar.
- 5 - Activar imediatamente o inalador uma vez (1puff) e começar a inalar lentamente.
- 6 - Prender a sua respiração durante 5 ciclos respiratórios lentos, ou contar lentamente até 10;

Atenção: Abrandar a sua inalação se soar o alerta sonoro.



Limpeza: Uma vez por semana agitar a câmara expansora em água morna com sabão durante 2 minutos, ou então submergir a mesma durante 10 minutos, enxaguar e deixar secar ao ar.

Elaborado por:
Enfª Patrícia Balancho – Estudante de Mestrado em Enfermagem – Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria.

Orientado por:

Aerossolterapia por Câmara Expansora



É a administração por via inalatória de fármacos na forma de aerossol.

Porquê com câmara expansora? A utilização de câmara expansora associada a um inalador aumenta a eficácia do mesmo, melhorando as características do aerossol, permitindo uma maior deposição do fármaco nas vias aéreas inferiores e menor deposição na orofaringe.

Existem 2 tipos de Câmaras Expansoras:



Câmara Expansora
com máscara facial



Câmara Expansora
com peça bucal



Instruções de uso

Como montar o aparelho?

- 1 - Remover as tampas tanto do inalador como da peça para a boca.
- 2 - Verificar o dispositivo quanto à presença de danos ou peças em falta. Remover quaisquer corpos estranhos ou detritos do dispositivo e da máscara.
- 3 - Se tiver uma câmara expansora com máscara facial, colocar a mesma no dispositivo e torcer cuidadosamente até ficar bem encaixada.

Antes de administrar a terapêutica:

Retire o reservatório do inalador, agite na vertical e aqueça entre as mãos.

Reservatório



Bucal



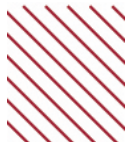
Como administrar o inalador

Lembre-se: A eficácia do tratamento depende da correta utilização do dispositivo!

Crianças até aos 5 anos: Utilizar apenas a câmara expansora com máscara facial

- 1 - Colocar a criança na posição sentada ou semi-sentada;
- 2 - Introduzir o inalador firmemente na abertura flexível da tampa da extremidade (adaptador);
- 3 - Aplicar a máscara sobre o nariz e boca, premir e manter premida contra a face para criar um selo hermético;
- 4 - Active o inalador 1 vez (1 puff), e mantenha o selo hermético durante 5 ciclos respiratórios lentos, ou conte lentamente até 10.
- 5 - Repita o processo consoante o número de puffs prescritos.

APÊNDICE 16 – Livro de medicação do Carro de Urgência da UCIN



MEDICAÇÃO CARRO DE URGÊNCIA - NEONATOLOGIA

Fármaco	Classificação	Reconstituição	Diluição/Administração	Observações
Adenosina	Antiarrítmico	Solução pronta	<u>Diluição:</u> Não é necessário. <u>Administração:</u> •Bólus – Administração rápida (2s), seguido de um flush de NaCl 0,9%.	- Administrar em acesso venoso mais proximal/ central possível.
Adrenalina	Adrenérgico	Solução pronta	<u>Diluição:</u> Diluir o conteúdo da ampola até 10ml de NaCl 0,9%. <u>Administração:</u> •Bólus: EV direto e lento.	- Incompatível com soluções alcalinas; - A infiltração EV pode causar isquemia tecidual e necrose.
Amiodarona	Antiarrítmico	Solução pronta	<u>Diluição:</u> Diluir em glicose a 5%. <u>Administração:</u> •Dose de carga – Administrar uma dose de 5mg/Kg durante 30 a 60 minutos, de preferência numa veia central. •Dose de manutenção – Começar com doses de 7mcg/Kg por minuto. Se a perfusão se mantiver por mais de uma hora, as concentrações de amiodarona EV não devem exceder os 2mg/ml.	



Atropina	Anticolinérgico	Solução pronta	<u>Diluição:</u> Pode ser diluído até 10ml de NaCl 0,9%. <u>Administração:</u> •Bólus lento.	
Bicarbonato de Sódio 8,4%	Alcalinizante	Solução pronta	<u>Diluição:</u> Não é necessário. <u>Administração:</u> •Administrar uma dose de 1 a 2mEq/Kg durante >30 minutos.	- A injeção rápida de solução hipertónica de bicarbonato de sódio (1mEq/ml) foi associada a hemorragia intraventricular.
Digoxina	Antiarrítmico, inotrópico	Solução pronta	<u>Diluição:</u> Diluir a ampola até 10ml de NaCl 0,9%, glicose a 5% ou glicose a 10%. <u>Administração:</u> •Administrar durante 5 a 10 minutos em BI.	- Um bólus rápido pode provocar arritmias; - Excecionalmente, o fármaco pode ser administrado sem estar diluído.
Dobutamina	Simpaticomimético	Solução pronta	<u>Diluição:</u> Diluir em NaCl 0,9%, glicose a 5% ou glicose a 10%, obtendo uma concentração de 1 a 5mg/ml. <u>Administração:</u> •Perfusão contínua.	- Não administrar por cateter arterial umbilical; - Em doses altas pode causar arritmias e taquicardia ventricular.
Dopamina	Simpaticomimético	Solução pronta	<u>Diluição:</u> Diluir em NaCl 0,9% ou glicose a 5%, obtendo uma concentração de 3,2 a 6mg/Kg/min. <u>Administração:</u> •Perfusão contínua.	- Não deve ser administrada por cateter arterial umbilical; - Administrar protegida da luz; - Poderá ocorrer necrose do tecido em caso de infiltração em acesso periférico.



Fenitoína	Anti-epilético e anticonvulsivante	Solução pronta	<u>Diluição:</u> Diluir em NaCl 0,9%, obtendo uma concentração de 1mg/ml. Em caso de restrição, pode ir até aos 10mg/ml. <u>Administração:</u> •Perfusão intermitente: Administrar durante 30 minutos e preparar com filtro 0,22 micron.	- Antes e após administração administrar um flush com NaCl 0,9% – é muito instável quando misturado com outras soluções EV; - Evite o uso em cateter central devido ao risco de precipitação.
Flumazenil	Medicamento utilizado no tratamento de intoxicações	Solução pronta	<u>Administração:</u> •EV: Administrar uma dose de 5 a 10mcg/Kg durante 15 segundos. Pode-se repetir de 45 em 45 segundos até a criança acordar.	
Furosemida	Diurético da ansa	Solução pronta	<u>Diluição:</u> Diluir em NaCl 0,9% de modo a obter uma concentração de 1 a 2mg/ml, que em caso de restrição, pode ir até aos 10mg/ml. <u>Administração:</u> •Bólus: direto e lento •Perfusão intermitente: durante 10 a 15 minutos.	- Administrar protegida da luz; - Não diluir com glicose pois pode precipitar.
Hidrocortisona	Corticosteroide suprarrenal, com efeito predominantemente glucocorticoide	Diluir a ampola de 100mg em 2ml de A.P.P.I.	<u>Administração:</u> •Bólus – Direto em 3 a 5 minutos; •Perfusão intermitente – Diluir em NaCl 0,9% ou Glicose a 5%, obtendo uma concentração de 1mg/ml. Administrar durante 20 a 30 minutos.	- Pode causar hiperglicémias.



Lidocaína	Anestésico local	Solução pronta	<u>Administração:</u> •Bólus: para administrar em bólus, retirar da ampola 10mg e diluir até 10ml de NaCl 0,9% ou glicose 5%, para obter uma concentração de 1mg/ml e administrar lentamente. •Perfusão contínua: Diluir em glicose a 5%, obtendo uma concentração de 2 a 4mg/ml.	- Pode causar hipotensão, arritmias e bradicardia.
Midazolam	Benzodiazepínico, sedativo hipnótico e anticonvulsivante.	Solução pronta	<u>Administração:</u> •Bólus – Administração direta, durante 2 a 5 minutos, numa concentração de 1 a 5 mg/ml. •Perfusão contínua – Diluir em NaCl 0,9% ou glicose a 5%, obtendo uma concentração de 1 a 5mg/dl.	- Pode causar mioclonias, depressão respiratória e hipotensão; - Não administrar com soluções alcalinas, devido ao risco de precipitação.
Naloxona	Antagonista de narcótico	Solução pronta	<u>Administração:</u> •Administração de bólus de uma dose de 0,01mg/Kg.	
Prednisolona	Glucocorticoide	10mg – diluir em 1ml de A.P.P.I. 25mg – diluir em 1 ml de A.P.P.I. 250mg – diluir em 2ml de A.P.P.I.	<u>Administração:</u> •Bólus – administrar durante 2 a 3 minutos.	
Protamina	Medicamento utilizado no tratamento de	Solução pronta	<u>Administração:</u> •Bólus – administrar lentamente.	



APÊNDICE 17 – Plano da Sessão de Educação para a Saúde realizada no SUP

Plano da Sessão de Educação para a Saúde

Tema: Segurança na preparação e administração de medicação em Pediatria

Data: 13/11/2018

Hora: 08:00

Tempo: 25 minutos

Local: Hospital [REDACTED]

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica do [REDACTED]

Formadora: Patrícia Balancho - Enfermeira

Objetivo geral:

- Consciencializar os profissionais de saúde para um aumento na segurança na preparação e administração de medicação.
- Sensibilizar os profissionais para uma correta identificação do utente antes da preparação e administração de medicação.

Objetivos específicos:

- Definir erro terapêutico;
- Explicar o que é a dupla verificação independente;
- Elucidar para a importância de seguir os 12 certos para uma correta preparação e administração de terapêutica;

Etapas	Conteúdos	Métodos	Recursos	Formador	Tempo
Introdução	- Apresentação da formadora; - Exposição do tema e respetivos objetivos.	- Expositivo	Meios informáticos	Patrícia	5 minutos
Desenvolvimento	- Conceito de erro terapêutico; - A dupla validação e sua importância; - Os 12 certos definidos para uma preparação e administração de medicação segura	- Expositivo	Meios informáticos	Patrícia	15 minutos

	- Identificação correta do utente antes da preparação e administração de medicação.				
Conclusão	- Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da sessão através de um questionário.	- Expositivo - Interrogativo	Meios informáticos Questionários	Patrícia	5 minutos

APÊNDICE 18 – Cartaz de divulgação da Sessão de Educação para a Saúde realizada no SUP

Sessão de Educação para a Saúde

Tema: Segurança na preparação e administração de medicação em Pediatria

Data: 13/11/2018

Hora: 08:00

Local: Sala de Reuniões do Serviço de Urgência do



Realizado por: Patrícia Balancho, Estudante de Mestrado em Associação – Ramo de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Orientado por:



APÊNDICE 19 – Sessão de Educação para a Saúde realizada no SUP

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior
Saúde



Escola
Superior
Saúde
IPortoalegre



IPS INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Ramo de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Segurança na preparação e administração de medicação em Pediatria

Elaborado por:

– Enfermeira Patrícia Balancho, Estudante de Mestrado em Enfermagem, com especialidade em Saúde Infantil e Pediatria

Orientado por:

Novembro, 2018

Objetivos

Objetivos Gerais

- Consciencializar os profissionais de saúde para um aumento na segurança na preparação e administração de terapêutica.
- Sensibilizar os profissionais para uma correta identificação do utente antes da preparação e administração de medicação.

Objetivos específicos:

- Definir erro terapêutico;
- Explicar o que é a dupla verificação independente;
- Elucidar para a importância de seguir os 12 certos para uma correta preparação e administração de terapêutica;

Objetivos específicos:

- Relembrar como identificar corretamente o utente antes de preparar e administrar terapêutica;
- Explicar como identificar o utente no serviço de urgência.

© mylo.com

Erro de medicação

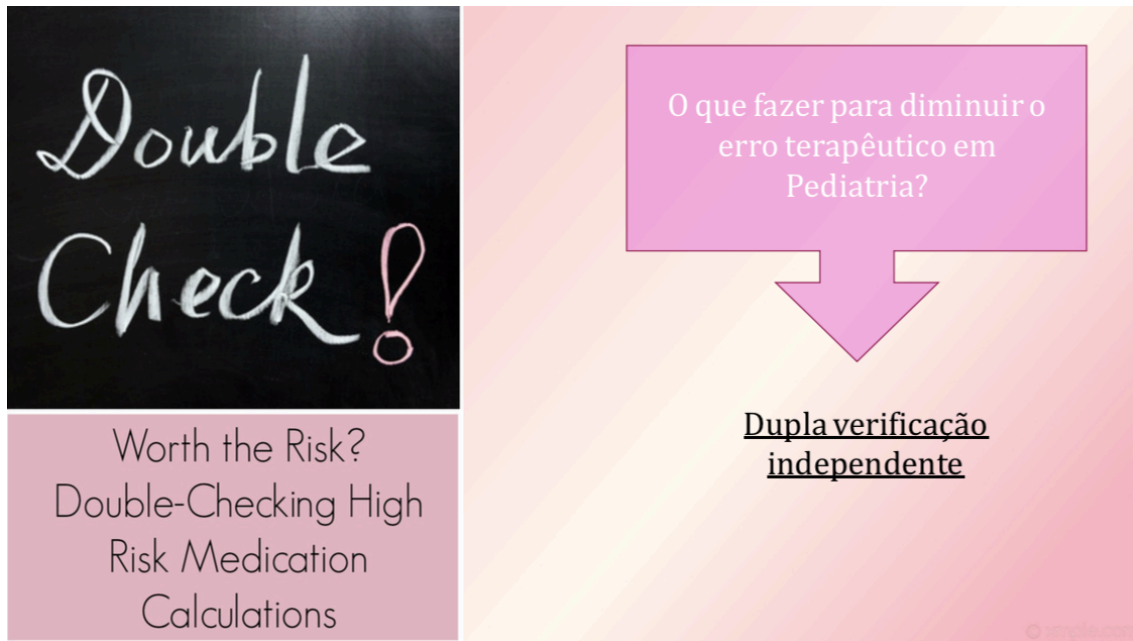
(...)“falhas no processo de tratamento medicamentoso que podem levar ou ter o potencial de causar danos ao paciente. São erros relacionados à prescrição, dispensação, omissão, agendamento, administração não autorizada do medicamento, dose, apresentação, preparação, administração, entre outros”. (OMS)



Erros de Medicação em Pediatria



“Estima-se que a probabilidade de ocorrência de erros com potencial para causar danos seja três vezes maior em crianças hospitalizadas, quando comparadas aos pacientes adultos.” Belela et al, 2011



Double Check!

Worth the Risk?
Double-Checking High
Risk Medication
Calculations

O que fazer para diminuir o
erro terapêutico em
Pediatria?

Dupla verificação
independente

O que é a Dupla verificação Independente?

“A dupla verificação independente é um **processo de verificação pelo qual um segundo prestador de cuidados de saúde realiza uma verificação da tarefa concluída de outro prestador de cuidados de saúde.** O aspeto mais crítico é maximizar a independência da dupla verificação, garantindo que o primeiro prestador de cuidados de saúde não comunique o que ele ou ela espera que o segundo prestador de cuidados de saúde veja, o que criaria preconceitos e reduziria a visibilidade de um erro.” Institute for Safe Medication Practices [ISMP], 2005

DGS publicou em Diário da República

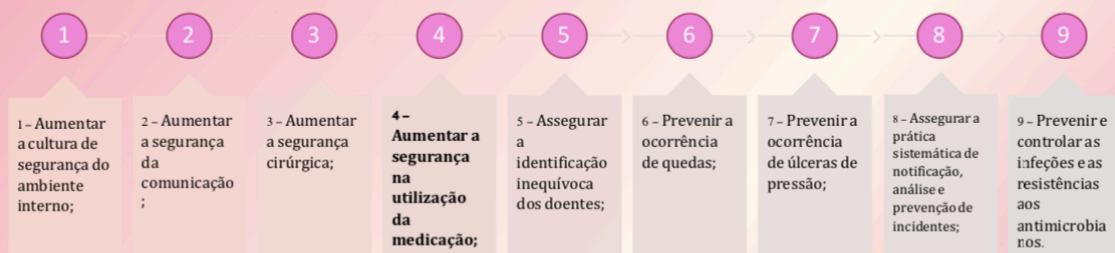


Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015 – 2020



Integrado na Estratégia Nacional para a qualidade da Saúde

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015–2020



Objetivo estratégico 4 – Aumentar a segurança na utilização da medicação

“(. . .) as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem adotar boas práticas relativamente à validação ou **dupla-validação** de procedimentos, ao reforço da atenção na preparação e administração de medicação (. . .)” Diário da república, 3882

Meta para o final de 2020

90% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementou práticas seguras de medicação de acordo com os normativos nacionais.

Politica do medicamento

- Procedimento Multissetorial – MED .102 – Administração segura de anestesia e medicação em Pediatria
- Procedimento Multissetorial – MED .123 – Gestão de medicamentos de alerta máximo
- Procedimento Multissetorial – MED .125 – Uso de soluções eletrolíticas concentradas
- Procedimento Multissetorial – MED .126 – Gestão do risco na utilização de medicação LASA (Look Alike, Sound Alike)
- Procedimento Multissetorial – MED .129 – Administração de medicamentos

DGS: Norma I – Medicamentos de alerta máximo

Preparação e administração



Reforçar para os medicamentos de alto risco, a **dupla verificação**:

- da identificação correta do doente, do nome do medicamento, da dose, da via de administração e da sua hora (5 certos);
- dos cálculos para as doses que requerem preparação (e.g. citotóxicos);
- do rótulo com a prescrição ou com o registo para a administração.

© mylá.com



Medicamentos de
alerta máximo

“(...) são medicamentos que apresentam um risco elevado de causar danos significativos ao doente quando são usados incorretamente. Embora os erros possam ou não ser mais comuns com esses medicamentos, as consequências de um erro são claramente mais devastadoras para os doentes.” ISMP (2018)

© mylá.com

12 certos da preparação e administração de medicamentos :

- Os “certos da administração de terapêutica” fazem parte das boas práticas dos cuidados de enfermagem servindo como barreira para evitar erros de terapêutica
- Atualmente existem “12 certos” preconizados que devem ser utilizados para uma correta e segura preparação e administração de terapêutica.
- É importante, então realizar a dupla verificação dos “12 certos”.

12 certos da preparação e administração de medicamentos :

1 – Doente certo

2 – Medicamento certo

3 – Validade certa

4 – Alergia

5 – Ensino certo

6 – Consentimento certo

7 – Via certa

8 – Horário certo

9 – Dose certa

10 – Concentração certa

11 – Ritmo certo

12 – Registo certo

Importância do 1º certo

Para uma preparação e administração segura de medicação é importante identificar corretamente o doente . A identificação incorreta põe em risco a segurança do mesmo .

Foi possível verificar, durante uma observação participante que a identificação do doente, aquando da preparação e administração de terapêutica, não foi realizada da forma mais correta .

Observação Participante

Amostra: 15 crianças

Procedimentos	Percentagem
O profissional pergunta ao doente/acompanhante o nome completo antes de administrar medicamentos	86,67%
O profissional pergunta ao doente/acompanhante a data de nascimento	73,34%
O profissional confirma o nome do doente na pulseira de identificação /prescrição	6,66%
O profissional confirma a data de nascimento na pulseira de identificação /prescrição	6,66%

1º certo – Doente certo

- Então como se deve identificar corretamente o doente antes de preparar e administrar a medicação?

Após análise dos questionários foi possível verificar que a maioria dos profissionais realiza **apenas** os passos 1 e 2:

- Perguntar ao doente /acompanhante o nome completo e data de nascimento .

Procedimento
incompleto

1º certo – Doente certo

- Forma correta de identificar o doente antes de preparar e administrar a medicação :

1 – Perguntar ao doente /acompanhante o nome completo

2 – Perguntar ao doente /acompanhante a data de nascimento

3 – Confirmar o nome do doente na pulseira de identificação /prescrição

4 – Confirmar a data de nascimento na pulseira de identificação /prescrição



Como identificar corretamente um doente na Urgência?

- **Dados que podem ser utilizados:**

- Nome completo;
- Data de nascimento;
- Número do processo clínico.



- **Dados que não podem ser utilizados:**

- Parte do nome;
- Número da cama;
- Número do quarto.



Dúvidas?

Referências Bibliográficas:

Bataille, J., Prot-Labarthe, S., Bourdon, O., Joret, P., Brion, F. e Harmann, J. F. (2014). High-alert medications in a French paediatric university hospital. *In Journal of Evaluation in Clinical Practice* 21 (2015): 262–270. Acedido em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=580d6f4e-9b71-4395-8822-fb6e7f6bd374%40sdc-v-sessmgr02>

Direção-geral da Saúde (2015). Medicamentos de alerta máximo. Norma nº 014/2015 de 06/08/2015. Acedido em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142015-de-06082015.aspx>

Direção-geral da Saúde. (2015) Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015–2020. Acedido em: <https://www.dgs.pt/?cr=26938>

ISMP. Definition of terms. Acedido em: <https://www.ismp-canada.org/definitions.htm>

ISMP (2018) High-Alert Medications in Acute Care Settings. Acedido em: <https://www.ismp.org/recommendations/high-alert-medications-acute-list>

World Health Organization. (2009) World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra. Acedido em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

APÊNDICE 20 – Plano da Sessão de Educação para a Saúde realizada no serviço de Internamento de Pediatria

Plano da Sessão de Educação para a Saúde

Tema: Boas Práticas para uma Utilização Segura da Medicação em Pediatria

Data: 10/01/2019

Hora: 14:00

Tempo: 40 minutos

Local: Hospital [REDACTED]

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Internamento de Pediatria [REDACTED]

Formadora: Patrícia Balancho - Enfermeira

Objetivo geral:

- Sensibilizar os enfermeiros para a realização de boas práticas relacionadas com a utilização da medicação em Pediatria.

Objetivos específicos:

- Explicar o que é o plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020;
- Relembrar a correta preparação da medicação;
- Explicar como se identifica corretamente um doente.

Etapas	Conteúdos	Métodos	Recursos	Formador	Tempo
Introdução	- Apresentação da formadora; - Exposição do tema e respetivos objetivos.	- Expositivo	Meios informáticos	Patrícia	5 minutos
Desenvolvimento	- Erros de medicação em Pediatria; - Sistema de Notificação de Incidentes; - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 - Dupla Verificação Independente	- Expositivo	Meios informáticos	Patrícia	30 minutos

	- 12 certos para uma correta preparação e administração de medicação; - Como preparar corretamente um medicamento? - Como identificar corretamente um doente? - Como identificar corretamente um medicamento; - Sugestões para aumentar a segurança na utilização da medicação.				
Conclusão	- Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da sessão através de um questionário.	- Expositivo - Interrogativo	Meios informáticos Questionários	Patrícia	5 minutos

APÊNDICE 21 – Sessão de Educação para a Saúde realizada no Serviço de Internamento de Pediatria

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO
POLITÉCNICO DE BEJA
Saúde



ES
Escola
Superior
Saúde
IPS



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Ramo de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Boas práticas para uma Utilização Segura da Medicação em Pediatria

Elaborado por:

- Enfermeira Patrícia Balancho, Estudante de
Mestrado em Enfermagem, com especialidade em
Saúde Infantil e Pediatria

Orientado por:

Janeiro, 2019

Objetivos:

Objetivo Geral:

Sensibilizar os enfermeiros para a realização de boas práticas relacionadas com a utilização da medicação em Pediatria.

Objetivos Específicos:

Explicar o que é o plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020;

Relembrar a correta preparação da medicação;

Explicar como se identifica corretamente um doente.

Erros de medicação



"(...) falhas no processo de tratamento medicamentoso que podem levar ou ter o potencial de causar danos ao paciente. São erros relacionados à prescrição, dispensação, omissão, agendamento, administração não autorizada do medicamento, dose, apresentação, preparação, administração, entre outros". (OMS, 2009)

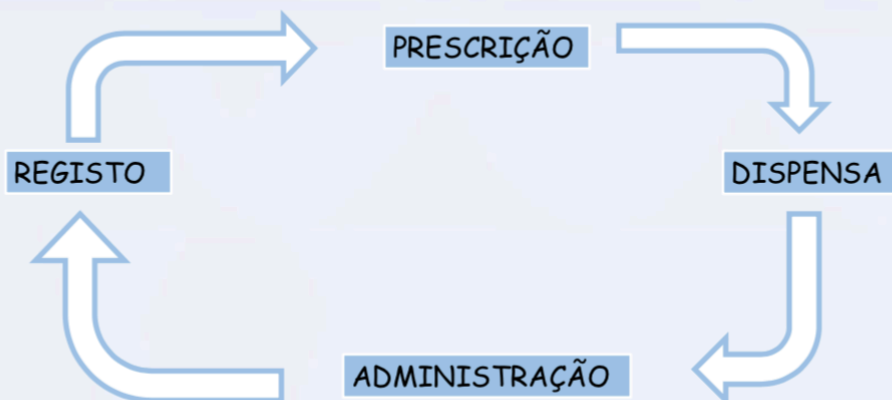
Erros de medicação em pediatria

Mais grave



"Estima-se que a probabilidade de ocorrência de erros com potencial para causar danos seja três vezes maior em crianças hospitalizadas, quando comparadas aos pacientes adultos." Belela et al, 2011

Ciclo da medicação onde pode haver erro:



Sistema de Notificação de Incidentes

notifi@

É uma plataforma destinada à gestão de incidentes ocorridos no Sistema de Saúde, na qual o cidadão ou o profissional de saúde podem reportar três tipos diferentes de incidentes:

Relacionado com a prestação de cuidados de saúde;

Relacionado com a violência contra profissionais de saúde ocorrida no local de trabalho;

Relacionado com a utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes.

Integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde



DGS publicou em Diário da República

Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020

Um instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança. Cada unidade prestadora de cuidados de saúde deverá assegurar a implementação e acompanhamento das ações identificadas e o cumprimento dos calendários estabelecidos, confirmando a boa gestão dos recursos envolvidos.

Constituído por 9 objetivos estratégicos:

- 1 - Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno
- 2 - Aumentar a segurança da comunicação;
- 3 - Aumentar a segurança cirúrgica
- 4 - Aumentar a segurança na utilização da medicação
- 5 - Assegurar a identificação inequívoca dos doentes
- 6 - Prevenir a ocorrência de quedas
- 7 - Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão
- 8 - Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes
- 9 - Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

1 - Medicamentos LASA

Medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos.

Medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante - medicamentos look-alike;

Medicamentos com nome foneticamente semelhante - medicamentos sound-alike.

**Objetivo 4 -
Aumentar a segurança
na utilização da
medicação**

1 - Norma nº 020/2014 de 30/12/2014 - Medicamentos LASA

2 - Norma nº 014/2015 de 06/08/2015 - Medicamentos de alerta máximo

3 - Norma nº 18/2016 de 30/12/2016 - Reconciliação da medicação

4- Orientação nº 14/2015 de 17/12/2015 - Processo de gestão da medicação

NORMA
DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

1 - Medicamentos LASA

Medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos.

Medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante - medicamentos look-alike;

Medicamentos com nome foneticamente semelhante - medicamentos sound-alike.

1 - Medicamentos LASA

Deve haver uma lista divulgada internamente dos medicamentos LASA

Os profissionais devem conhecer tal lista

Armazenamento separado da restante medicação

Sinalização com utilização de cores, negrito, ou grafismo diferente



2 - Medicamentos de alerta máximo

"(...) são medicamentos que apresentam um risco elevado de causar danos significativos ao doente quando são usados incorretamente. Embora os erros possam ou não ser mais comuns com esses medicamentos, as consequências de um erro são claramente mais devastadoras para os doentes." ISMP (2018)

2 - Medicamentos de alerta máximo

- Deve haver uma lista divulgada internamente dos medicamentos LASA
- Os profissionais devem conhecer tal lista
- Sinalizar os medicamentos de alerta máximo, para que se destaquem dos restantes

Reforçar para os medicamentos de alto risco, a **dupla verificação**:

- da identificação correta do doente, do nome do medicamento, da dose, da via de administração e da sua hora (5 certos);
- dos cálculos para as doses que requerem preparação (e.g. citotóxicos);
- do rótulo com a prescrição ou com o registo para a administração.





Double
Check!

Worth the Risk?
Double-Checking High
Risk Medication
Calculations

Dupla verificação independente

"A dupla verificação independente é um processo de verificação pelo qual um segundo prestador de cuidados de saúde realiza uma verificação da tarefa concluída de outro prestador de cuidados de saúde. O aspeto mais crítico é maximizar a independência da dupla verificação, garantindo que o primeiro prestador de cuidados de saúde não comunique o que ele ou ela espera que o segundo prestador de cuidados de saúde veja, o que criaria preconceitos e reduziria a visibilidade de um erro." Institute for Safe Medication Practices [ISMP], 2005

3 - Reconciliação Terapêutica

Processo de análise da medicação de um doente, sempre que ocorrem alterações na medicação, com o objetivo de evitar discrepâncias, nomeadamente omissões, duplicações ou doses inadequadas, promovendo a adesão à medicação e contribuindo para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação.

3 - Reconciliação Terapêutica

Assegurar que a reconciliação da medicação seja realizada nos pontos vulneráveis/críticos de transição de cuidados, nomeadamente na admissão e alta hospitalar e na transferência intra/inter instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Garantir que a informação sobre o doente (idade, peso, alergias, resultados de exames, etc.) está disponível, é eficaz, oportuna, exata e adequada aos diferentes níveis de intervenção profissional, ao longo de todo o processo.

Os profissionais envolvidos deverão ser responsáveis por manter toda a documentação do processo completa, exata, relevante e atualizada.

4 - Processo de Gestão da Medicação

Processo de gestão da medicação: processo que tem início na seleção, aquisição e armazenamento do medicamento, até à sua prescrição, validação, dispensa, preparação, administração e monitorização.

12 certos para uma correta preparação e administração de medicação

- A preparação e administração da medicação é da responsabilidade do enfermeiro. Como estratégia para reduzir ou eliminar o risco de erro é importante validar os 12 certos da preparação e administração de medicamentos:

1 - Doente certo - Confirmar a identidade do doente antes da preparação do medicamento;

2 - Medicamento certo - Confirmar o nome do medicamento no rótulo antes de o preparar;

12 certos para uma correta preparação e administração de medicação

3 - Validade certa - Verificar a data de validade do medicamento

4 - Alergia - Assegurar-se que o doente não é alérgico ao medicamento

5 - Ensino certo - Certificar-se que o doente/acompanhante sabe qual o objetivo do medicamento e seus efeitos secundários

6 - Consentimento certo - Verificar se o doente/acompanhante consentiu a administração do medicamento.

12 certos para uma correta preparação e administração de medicação

- 7 - **Via Certa** - Utilizar a via de administração prescrita.
- 8 - **Horário Certo** - Respeitar o horário prescrito.
- 9 - **Dose certa** - Administrar a medicação na dose prescrita.
- 10 - **Concentração certa** - Utilizar a concentração correta e os solventes, se necessário.
- 11 - **Ritmo certo** - Administrar a medicação ao ritmo prescrito.
- 12 - **Registo certo** - Registar os medicamentos administrados.

Como preparar corretamente um medicamento?

- Verificar a folha de terapêutica com a prescrição eletrónica;
- Reunir o material necessário;
- Lavar as mãos;
- Evitar interrupções (não atender telefones ou falar com outras pessoas);
- Preparar um medicamento de cada vez do mesmo paciente;
- Selecionar corretamente o medicamento do stock ou da gaveta;

Como identificar corretamente um doente?

- 1 - Perguntar ao doente/acompanhante o nome completo
- 2 - Perguntar ao doente/acompanhante a data de nascimento
- 3 - Confirmar o nome do doente na pulseira de identificação/prescrição
- 4 - Confirmar a data de nascimento na pulseira de identificação/prescrição.



Como identificar corretamente o medicamento

Nome do doente

Via

Dosagem

Hora de administração

Nome genérico

Sugestões para aumentar a segurança na utilização da medicação

- Ao preparar medicação em seringas, se não houver seringas próprias para a medicação per os, utilizar:
 - tampa vermelha para medicação endovenosa;
 - tampa branca para medicação per os.



Atenção: Nunca levar agulhas para perto do doente

Sugestões para aumentar a segurança na utilização da medicação

- Utilizar etiquetas com cores diferentes para identificar a medicação:
 - Cor vermelha: medicação endovenosa
 - Cor amarela: medicação per os
 - Cor azul: medicação tópica

Nome:

Nome do fármaco:

Dosagem:

Via:

Hora:

Bibliografia

Belela, A.S.C., Pedreira, M.L.G., Peterlini, M.A.S. (2011). Erros de medicação em Pediatria. *In Revista Brasileira de Enfermagem*. 64(3) 563-569.

Direção-geral da Saúde (2014). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspetos semelhantes. Norma nº 020/2014 de 30/12/2014. Acedido em:

<https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/seguranca-na-utilizacao-da-medicacao.aspx>

Direção-geral da Saúde (2015). Medicamentos de alerta máximo. Norma nº 014/2015 de 06/08/2015. Acedido em:

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142015-de-06082015.aspx>

Direção-geral da Saúde. (2015) Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Acedido em:

<https://www.dgs.pt/?cr=26938>

Bibliografia

Direção-geral da Saúde (2015). Processo de Gestão da Medicação. Orientação nº 014/2015 de 17/12/2015. Acedido em:

<https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/seguranca-na-utilizacao-da-medicacao.aspx>

Direção-geral da Saúde. (2016) Formulário Notifica. Acedido em:

<https://www.dgs.pt/formulario-notifica.aspx>

Direção-geral da Saúde (2016). Reconciliação da medicação. Norma nº018/2016 de 30/12/2016. Acedido em:

<https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/seguranca-na-utilizacao-da-medicacao.aspx>

ISMP. (2018) Definition of terms. Acedido em:

<https://www.ismp-canada.org/definitions.htm>

Potter, S. & Perry, H, (2013). Fundamentos de Enfermagem. 8a Edição. Elsevier Editora, Ltda. ISBN: 978-85-352-6153-0.

World Health Organization. (2009) World Alliance for Patient Safety. Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra. Acedido em:

http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

APÊNDICE 22 – Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde aplicada à equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica

Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação da Sessão de Educação para a Saúde

Nome do Formando (facultativo): _____

Data de realização: _____ Local: SUP [REDACTED]

Para cada item preencha o quadro de acordo com as seguintes indicações:

1-Insuficiente 2- Suficiente 3- Bom 4- Muito Bom

A- CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS E MÉTODOS

1. Conteúdos da ação de formação	
2. Estrutura dos conteúdos	
3. Interesse/utilidade dos conteúdos	
4. Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados	
5. Equilíbrio entre a exposição teórico-prática	
6. Duração da ação de formação (adequação do tempo ao programa)	

B – FORMADORA

	PATRÍCIA BALANCHO
7. Domínio e Clareza na exposição da(s) matéria(s) tratadas(s) na ação de formação.	
8. Estímulo à participação dos/as formandos/as nas sessões.	

9.Relacionamento com os/as formandos/as.	
10.Capacidade de motivar para os conteúdos lecionados.	
11.Documentação e bibliografia suficiente e adequada.	
12.Pontualidade/ cumprimento do horário das sessões.	

C – ORGANIZAÇÃO

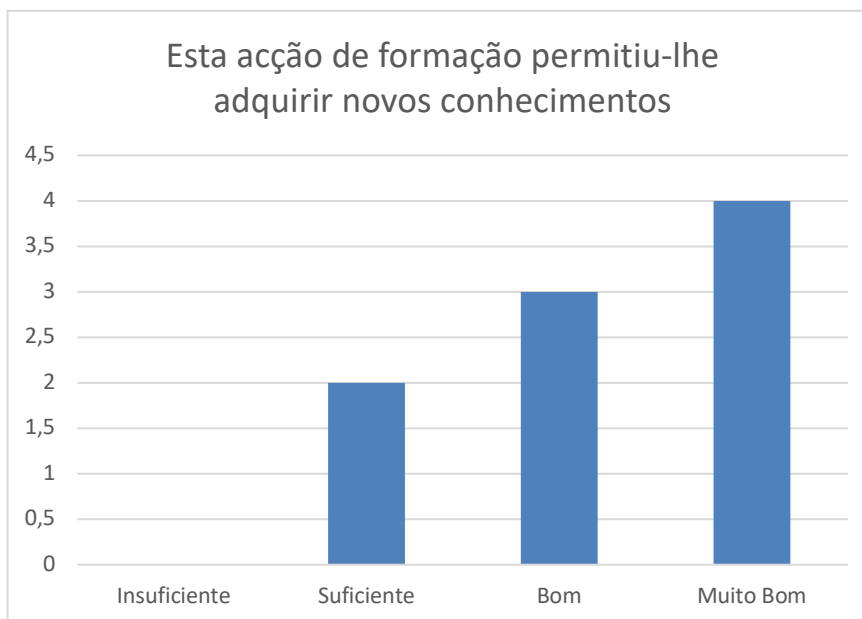
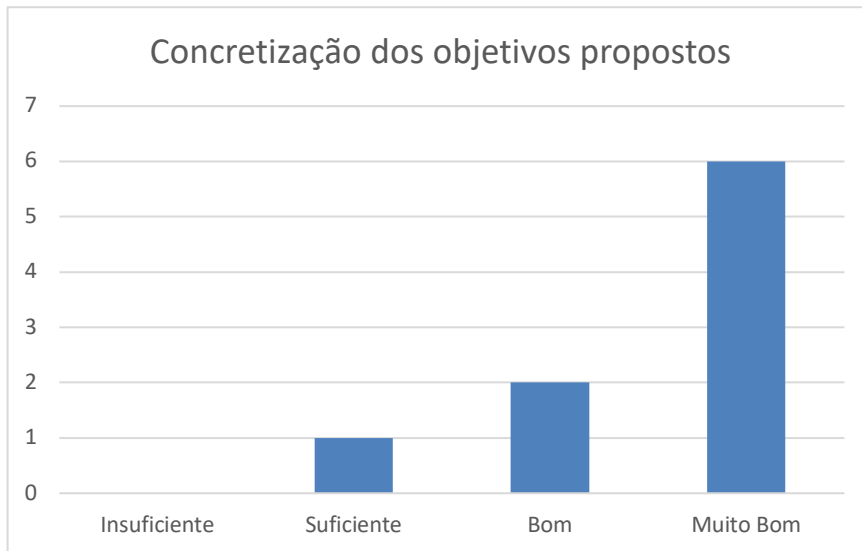
13. Qualidade e adequação das instalações e equipamentos	
14. Condições físicas (salas, acessibilidades)	
15. Horário das sessões	

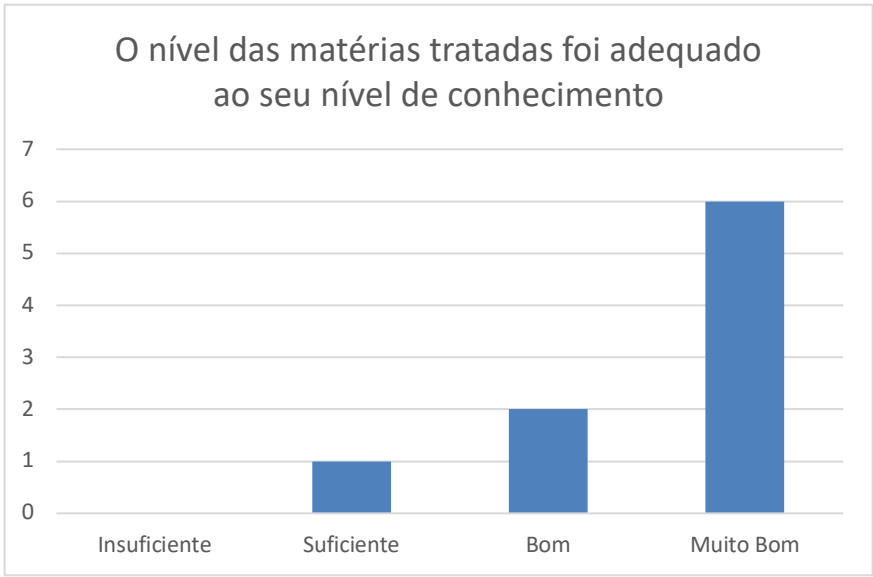
D – AVALIAÇÃO GLOBAL DE FORMAÇÃO

16. Concretização dos objetivos propostos	
17. Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos.	
18. O nível das matérias tratadas foi adequado ao seu nível de conhecimento.	

E – CRÍTICAS/ SUGESTÕES/ COMENTÁRIOS

APÊNDICE 23 – Análise dos dados obtidos a partir da aplicação dos questionários de avaliação da Sessão de Educação para a Saúde à equipa de enfermagem do SUP





APÊNDICE 24 – Questionário de avaliação da Sessão de Educação para a Saúde aplicada à equipa de enfermagem do Serviço de Internamento de Pediatria

Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação da Sessão de Educação para a Saúde

Nome do Formando (facultativo): _____

Data de realização: _____ Local: Serviço de Pediatria do [REDACTED]

Para cada item preencha o quadro de acordo com as seguintes indicações:

1-Insuficiente 2- Suficiente 3- Bom 4- Muito Bom

A- CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS E MÉTODOS

1. Conteúdos da ação de formação	
2. Estrutura dos conteúdos	
3. Interesse/utilidade dos conteúdos	
4. Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados	
5. Equilíbrio entre a exposição teórico-prática	
6. Duração da ação de formação (adequação do tempo ao programa)	

B – FORMADORA

	PATRÍCIA BALANCHO
7. Domínio e Clareza na exposição da(s) matéria(s) tratadas(s) na ação de formação.	

8. Estímulo à participação dos/as formandos/as nas sessões.	
9. Relacionamento com os/as formandos/as.	
10. Capacidade de motivar para os conteúdos lecionados.	
11. Documentação e bibliografia suficiente e adequada.	
12. Pontualidade/ cumprimento do horário das sessões.	

C – ORGANIZAÇÃO

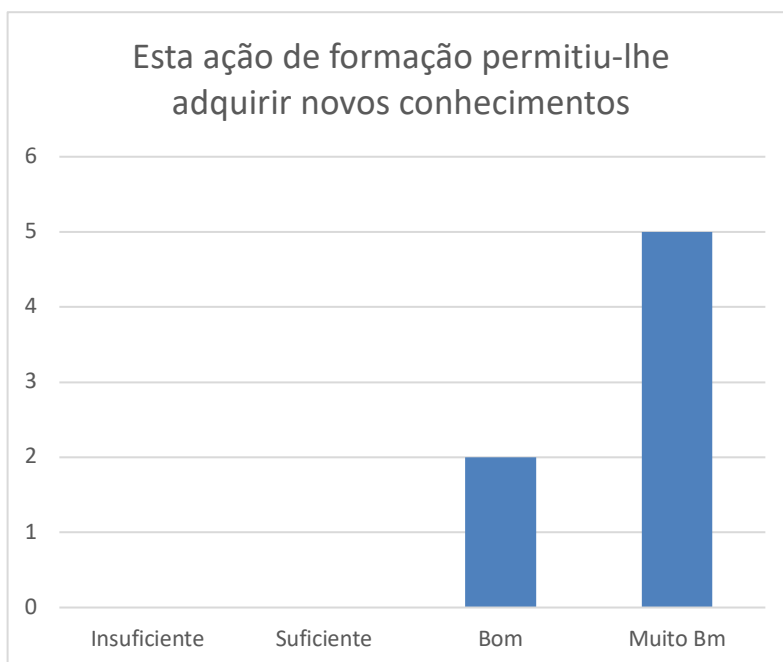
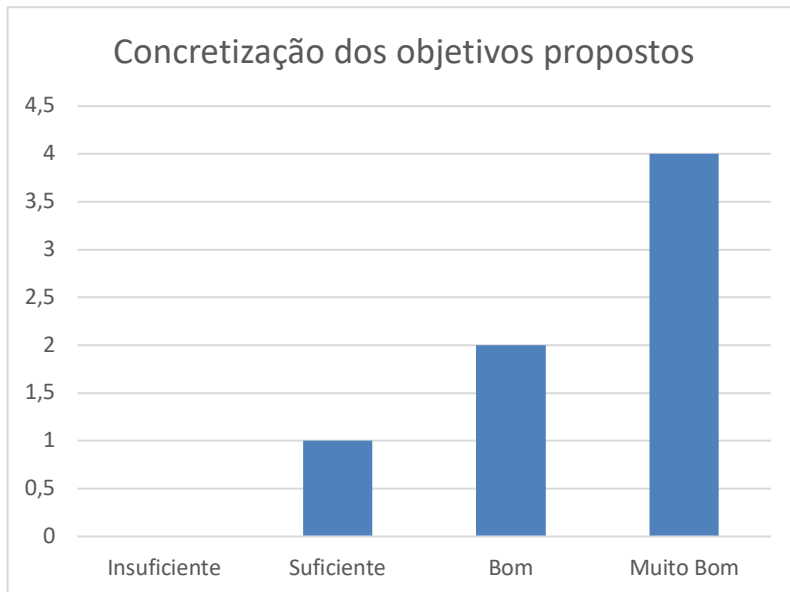
13. Qualidade e adequação das instalações e equipamentos	
14. Condições físicas (salas, acessibilidades)	
15. Horário das sessões	

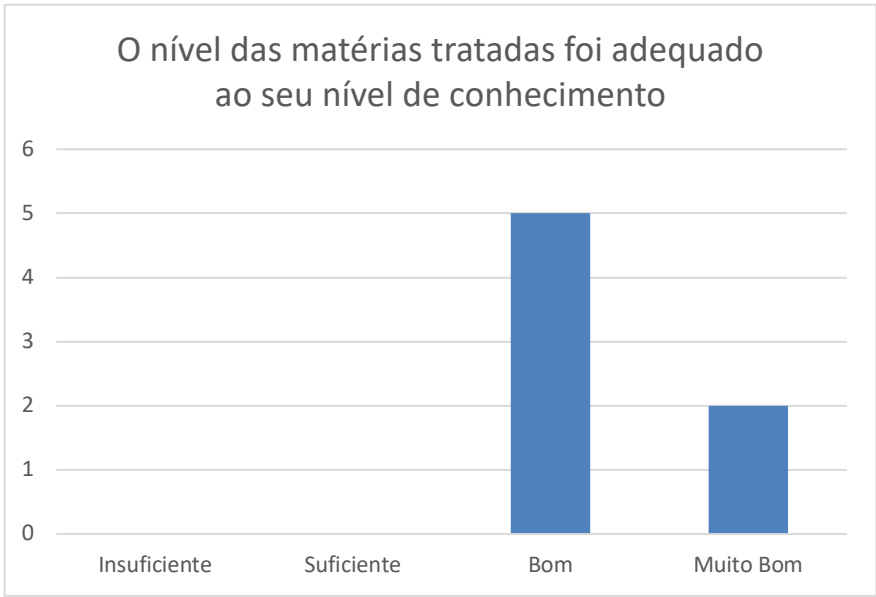
D – AVALIAÇÃO GLOBAL DE FORMAÇÃO

16. Concretização dos objetivos propostos	
17. Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos.	
18. O nível das matérias tratadas foi adequado ao seu nível de conhecimento.	

E – CRÍTICAS/ SUGESTÕES/ COMENTÁRIOS

APÊNDICE 25 – Análise dos dados obtidos a partir da aplicação dos questionários de avaliação da Sessão de Educação para a Saúde do Serviço de Internamento de Pediatria





APÊNDICE 26 – Estudo de Caso

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE



ES
Escola
Superior
Saúde
IPPortalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação 2017/2019 - Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio I

Estudo de Caso

Professora Orientadora:
Professora Dulce Cruz

Enfermeira Orientadora:



Discente:
Patrícia Balancho

Setúbal, Junho 2018

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Escola Superior de Saúde
IPPortalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação 2017/2018 - Especialidade em
Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio I

Estudo de Caso

Professora Orientadora:

Professora Dulce Cruz

Enfermeira Orientadora:



Discente:

Patrícia Balancho nº170531103

Setúbal, Junho 2018

“Não existe revelação mais nítida da alma de uma sociedade do que a forma como esta trata as suas crianças.”
Nelson Mandela

ABREVIATURAS

APA – American Psychological Association

CIPE – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ESIP – Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

USF – Unidade de Saúde Familiar

INDICE

INTRODUÇÃO	207
1. DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO DE CASO	209
1.1. AVALIAÇÃO INICIAL	209
1.1.1. Avaliação da família.....	209
1.1.2. Avaliação inicial do Recém-Nascido	213
1.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	219
1.3 PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS	219
1.4 AVALIAÇÃO	223
CONCLUSÃO.....	226
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E ELETRÓNICAS.....	227

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio I do 2º semestre, 1º ano, do 2º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com especialização em Saúde Infantil e Pediatria, a decorrer nas instalações do Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde de Setúbal.

Esta Unidade Curricular tem como objetivos: desenvolver o conhecimento e competências científicas, técnicas e humanas que visem a abordagem da criança/jovem e família ao longo do seu ciclo de vida, numa perspetiva de prestação de cuidados em resposta ao processo de crescimento e desenvolvimento e à maximização da sua saúde; e desenvolver, mobilizar e integrar as competências científicas, técnicas e humanas para o planeamento, execução e gestão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade. O presente trabalho tem como objetivo geral a elaboração de um estudo de caso a uma família que frequente a Unidade de Saúde Familiar [USF] [REDACTED] que é a Unidade de Saúde onde, neste momento está a decorrer o meu estágio e como objetivos específicos compreender a importância das consultas de enfermagem de vigilância da saúde infantil e juvenil e desenvolver as diferentes etapas que constituem um estudo de caso. Estes objetivos vão ao encontro das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria, particularmente a competência “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, pois “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” e “Diagnostica precocemente e intervêm nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.” Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010:3)

A elaboração de um estudo de caso a uma família é de extrema importância, pois permite a realização de uma avaliação pormenorizada da mesma, para poder perceber onde é necessário atuar de modo a maximizar a sua saúde. O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria [ESIP] tem todas as competências necessárias para poder prestar cuidados de excelência nesta área.

A criança escolhida para a realização do estudo de caso é uma criança que se encontra ainda no período neonatal. Segundo Potter & Perry (2013:146) “O período neonatal corresponde aos primeiros 28 dias.” Este é um período muito interessante para

a realização de um estudo de caso, pois além de um recém-nascido ter todas as características inerentes à sua idade, os pais encontram-se numa fase de mudança, pois têm que se adaptar a um novo papel, o de mãe e de pai. É um período de muitas dúvidas e incertezas, sendo a intervenção do enfermeiro ESIP, uma mais valia.

O presente trabalho encontra-se dividido em cinco partes: introdução, desenvolvimento do estudo de caso, conclusão e referências bibliográficas e eletrónicas. Relativamente ao desenvolvimento do estudo de caso, podemos encontrar a avaliação da família e do recém-nascido, o diagnóstico, planeamento e avaliação das intervenções implementadas.

Todo o documento é elaborado segundo a Norma de Referenciação Bibliográfica da *American Psychological Association* [APA] 6a edição, sendo que o texto segue as diretrizes do novo acordo ortográfico português.

1. DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO DE CASO

1.1. AVALIAÇÃO INICIAL

1.1.1. Avaliação da Família

O Modelo Calgary de Avaliação da Família [MCAF], foi utilizado para a realização da apreciação desta família, pois segundo Wright & Leahey (2009) este modelo é considerado um dos mais importantes no mundo.

Wright & Leahey (2009) afirmam que o MCAF é constituído por três categorias: Estrutural, de desenvolvimento e funcional. Para realizar a avaliação da família em questão, foi sentida uma necessidade acrescida em desenvolver mais a categoria estrutural.

Relativamente à categoria anteriormente citada, esta pode subdividir-se em 3 subcategorias, sendo elas a estrutura interna, externa e o contexto. Wright & Leahey (2009) referem que é importante realizar uma avaliação estrutural pois assim avalia-se “(...) quem faz parte dela, qual é o vínculo afetivo entre seus membros em comparação com os indivíduos de fora e qual é o seu contexto.”

Em primeiro lugar irá ser avaliada a estrutura interna da família. Esta subdivide-se em várias subcategorias, como por exemplo composição da família, orientação sexual ou género.

Analisando a família em questão, pode-se afirmar que estamos perante uma família nuclear tradicional, composta, por 3 elementos, um casal heterossexual (Sr^a D.R. e Sr^o R.T.) casado e uma bebé recém-nascida (a bebé M.T). Para Hockenberry & Wilson (2014:53) “A família nuclear tradicional é constituída por um casal e os seus filhos biológicos. Neste tipo de família as crianças vivem com os dois progenitores e com os irmãos que, se existirem, são biológicos (...)”.

A Sr^a D.R. é do sexo feminino, tem 33 anos de idade e é natural de [REDACTED]. Tem como habilitações literárias [REDACTED] e trabalha como [REDACTED].

Tem como antecedentes pessoais obstipação. Nega a toma de medicação habitual.

O Srº R.T. é do sexo masculino, tem 33 e é natural de [REDACTED]. As suas habilitações literárias são [REDACTED] e trabalha como [REDACTED]. Tem como antecedentes pessoais Sinusite crónica e Rinite alérgica. Nega a toma de medicação habitual.

A bebé M.T. é do sexo feminino, nasceu dia 05/05/2018, no [REDACTED]

Seguidamente avaliámos a estrutura externa desta família. Wright & Leahey (2009) explicam que a estrutura externa divide-se em 2 subcategorias: família extensa e sistemas mais amplos.

A subcategoria família extensa é importante ser avaliada pois, Wright & Leahey (2009:56), citando Levac, Wright e Leahey (2002) declaram que “(...) a avaliação da quantidade e do tipo de contato com a família extensa (permite) obter informações sobre a quantidade e a qualidade de apoio”.

Relativamente à família em estudo, o casal refere viver sozinho [REDACTED]. Mencionam uma excelente relação, tanto com os pais da Srª D.R. como com os pais do Srº R.T, no entanto por estarem geograficamente longe não é possível uma presença física mais frequente. Afirmam, no entanto, sentirem-se bastante apoiados.

Os sistemas mais amplos dizem respeito, segundo Wright & Leahey (2009:57) “(...) a instituições sociais mais amplas e pessoas com as quais a família tem contato significativo.” Relativamente à família em questão, foi possível apurar que têm um contato regular com os sistemas de saúde, e planeiam fazer a vigilância de saúde da bebé M.T. na USF [REDACTED] juntamente com um Pediatra particular.

A última subcategoria da Categoria estrutural é o contexto. Para tal, é importante avaliar o contexto em que a família está inserida pois este mesmo contexto tem uma grande influência sobre a família.

A família avaliada é composta por três indivíduos caucasianos, de nacionalidade portuguesa e residem de momento em [REDACTED]. Estão inseridos numa classe social média e são católicos.

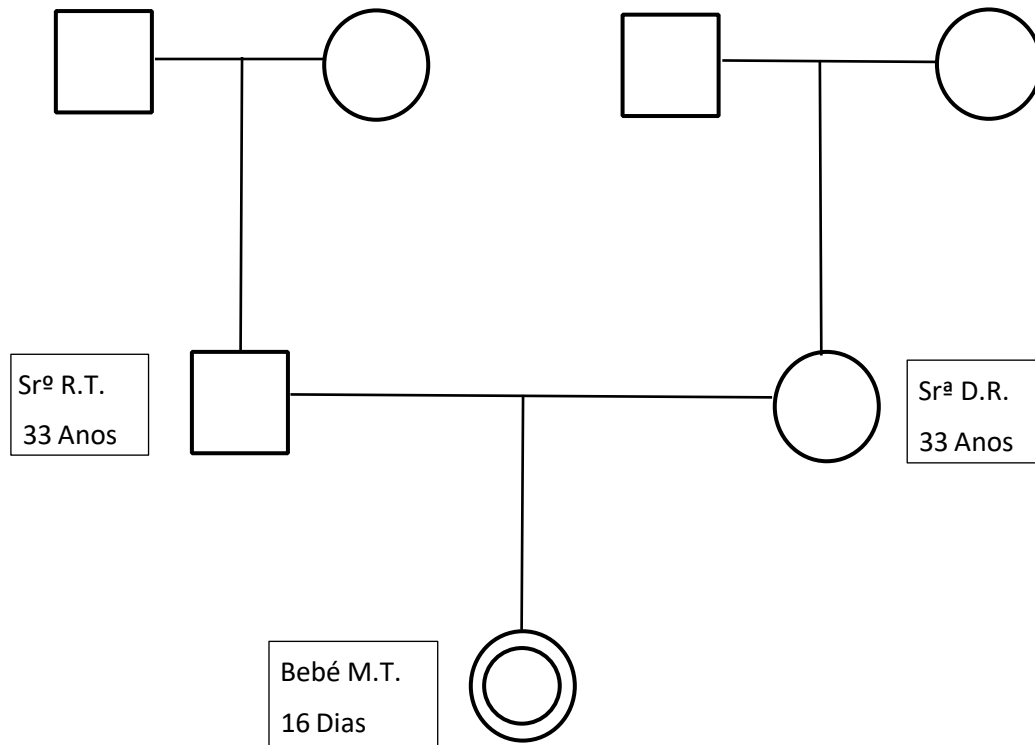
Instrumentos para avaliação estrutural

Wright & Leahey (2009) definem dois instrumentos essenciais que auxiliam na avaliação tanto da estrutura interna como da estrutura externa da família. “(...) foram

desenvolvidos como dispositivos de avaliação, planeamento e intervenção familiares.” Wright & Leahey (2009:65). Os dois instrumentos são o genograma e o ecomapa.

Genograma

O Genograma é um diagrama utilizado para avaliar a estrutura interna da família. “É uma árvore familiar representando a estrutura familiar interna.” Wright & Leahey



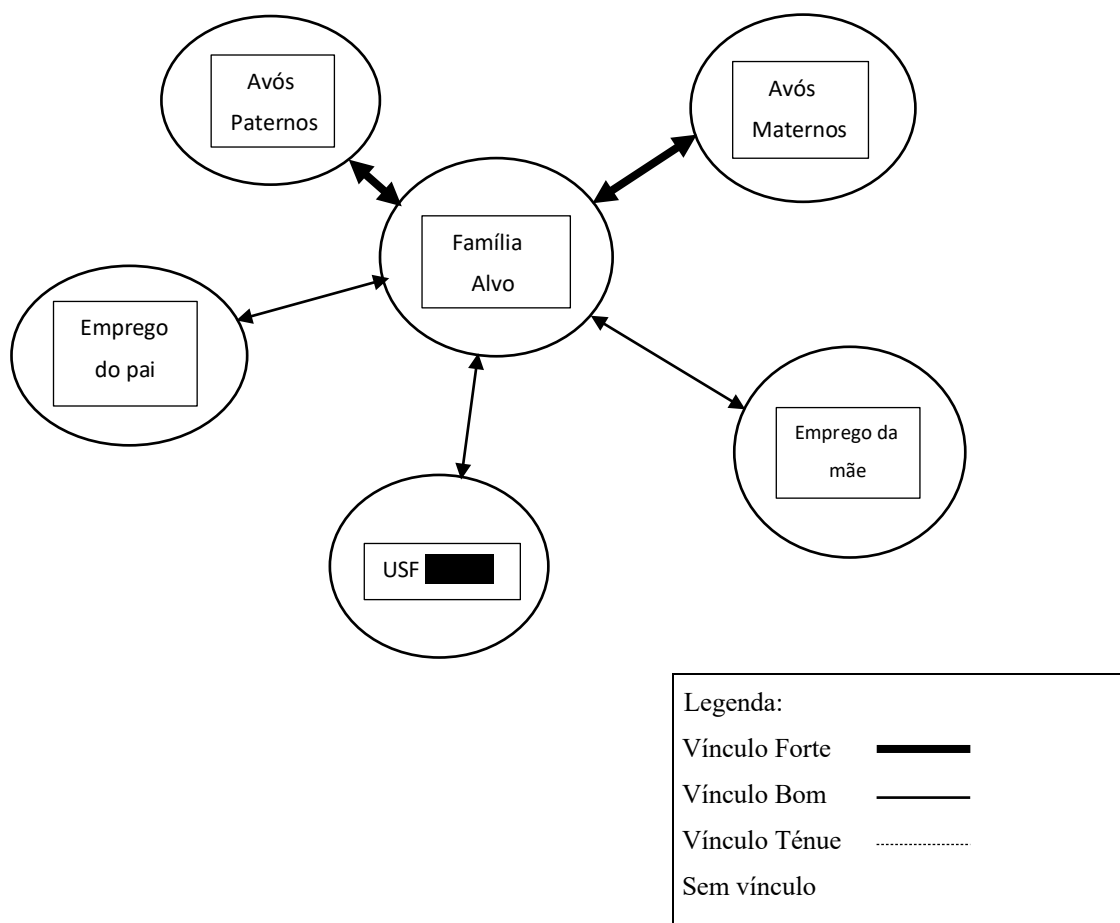
(2009:66). Em baixo podemos encontrar o genograma da família em estudo.

Legenda:

□	Sexo Masculino
○	Sexo Feminino
◎	Pessoa alvo do Estudo de Caso

Ecomapa

“O objetivo do Ecomapa é representar os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos.” Wright & Leahey (2009:74) O ecomapa é constituído por diversos círculos ligados entre si por diferentes linhas, cada uma delas representando um vínculo diferente. Segundo Wright & Leahey (2009:75) “Os círculos externos representam pessoas, órgãos ou instituições no contexto familiar” Relativamente às linhas, como já foi referido anteriormente, podem ter características diferentes. “Linhas retas indicam fortes vínculos, linhas pontilhadas indicam vínculos ténues e linhas cortadas indicam relações estressantes. Quanto maior for a linha, mais forte o vínculo afetivo.” Wright & Leahey (2009:75). Seguidamente é possível encontrar o ecomapa da família analisada.



Com este ecomapa é possível compreender que a família nuclear tem um vínculo muito forte, tanto com os avós maternos, como com os avós paternos da bebé M.T.,

apesar de não poderem estar presentes tantas vezes quanto gostariam. Também podemos perceber que o Srº R.T e a Srª D.R. tem uma boa relação com os seus empregos, bem como com a Unidade de Saúde, deslocando-se à mesma 1 vez por semana para a bebé M.T. ser vigiada.

1.1.2. Avaliação Inicial do Recém-Nascido

A criança M.T. é uma latente do sexo feminino e nasceu no dia 05/05/2018 no Hospital [REDACTED]. O parto ocorreu às 39 semanas, tendo sido realizado um parto eutócico, utilizando a anestesia epidural.

Relativamente ao índice de Apgar, no primeiro minuto foi de 9 e no quinto minuto foi de 10.

“A avaliação imediata da condição do recém-nascido para determinar o funcionamento fisiológico dos principais sistemas orgânicos ocorre ao nascimento. A ferramenta de avaliação mais amplamente utilizada é o índice de Apgar. Frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, reflexo de irritabilidade e coloração são mensurados para determinar o estado geral do recém-nascido. A avaliação de Apgar é geralmente conduzida no 1º e 5º minuto após o nascimento e algumas vezes é repetida até que a condição do recém-nascido estabilize.”

(Potter&Perry, 2013:146)

Os dados antropométricos ao nascer foram: peso: 2905 gramas, comprimento: 47 centímetros e perímetro cefálico: 34 centímetros. Com estes dados, podemos utilizar as curvas de crescimento, que se encontram no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ].

“As curvas de crescimento são um instrumento fundamental para monitorizar o estado de nutrição e o crescimento das crianças e dos adolescentes; o desenvolvimento harmonioso, dentro de parâmetros normais, é basilar para uma vida adulta saudável e, deste modo, tem implicações importantes na saúde das populações.” (PNSIJ, 2012:34).

Relativamente à bebé M.T., na altura do nascimento encontrava-se no percentil 15, em relação ao peso, no percentil 15 em relação ao comprimento e no percentil 50, relativamente ao perímetro cefálico.

O rastreio das doenças metabólicas foi realizado no dia 09/05/2018, ou seja, no quarto dia de vida no Hospital [REDACTED]. Este rastreio vulgarmente chamado, “teste do pezinho, permite “(...) identificar as crianças que sofrem de doenças, quase sempre genéticas (...) que podem beneficiar de tratamento precoce.” Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA] Este teste deve ser realizado entre o 3º e o 6º dia pois

“Antes do 3º dia os valores dos marcadores existentes do sangue do bebé podem não ter valor diagnóstico. Após o 6º dia alguns marcadores perdem sensibilidade, e há o risco de atrasar o início do tratamento. A colheita deverá, no entanto, ser sempre executada, mesmo que tardiamente.” (INSA)

Foi administrada à bebé M.T. a primeira dose da vacina da Hepatite B, na altura do nascimento, tal como é recomendado no Plano Nacional de Vacinação [PNV] de 2017. Não foi administrada a vacina da BCG, por esta bebé não se encontrar dentro dos grupos de risco definidos pelo PNV.

A queda do cordão umbilical ocorreu no 12º dia de vida, ou seja, no dia 17/05/2018.

1ª Consulta na USF [REDACTED] – Dia 24/05/2018

A avaliação inicial da criança M.T. foi realizada na primeira consulta de saúde infantil realizada na USF [REDACTED] onde irá ser posteriormente acompanhada.

Avaliação antropométrica

No dia 24/05/2018, ou seja, no 16º dia de vida, a criança pesava 2950 gramas, media 51 centímetros, apresentando um Índice de Massa Corporal de 11,3. Tinha um perímetro cefálico de 36 centímetros. De acordo com as curvas de crescimento a bebé M.T, ao 16º dia de vida encontrava-se no percentil 15 relativamente ao peso, percentil 50, relativamente ao comprimento e em relação ao perímetro cefálico encontrava-se no percentil 85.

Exame físico

O exame físico foi realizado, tendo como fio condutor a literatura “Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente” de Hockenberry & Wilson.

Aparência Geral: Segundo Hockenberry & Wilson (2014), a postura do recém nascido de termo é em flexão, pois decorre da posição intrauterina e a coluna vertebral encontra-se fletida. Relativamente aos membros superiores, estes encontram-se “(...) fletidos nos cotovelos e permanecem dobrados sobre to tórax com as mãos cerradas. Os membros inferiores estão fletidos nos joelhos, as ancas fletidas com as coxas sobre o abdómen e os pés em dorsiflexão contra a face anterior das pernas.” (Hockenberry & Wilson, 2014:257). A bebé M.T. não apresenta nenhum desvio desta aparência característica.

Pele: A pele da bebé M.T. encontra-se rosada, com uma textura suave elástica e ligeiramente seca. Ao toque a temperatura apresenta-se normal. Não apresenta lesões nem erupções e apresenta uma ligeira penugem no corpo. Tem algum cabelo escuro, sedoso e limpo. Apresenta unhas em todos os dedos e estas são lisas, flexíveis e têm os leitos ungueais rosados.

Cabeça: A cabeça da bebé M.T. é um pouco oval pois o seu nascimento foi vaginal. Segundo (Hockenberry & Wilson, 2014:257),

“Num parto cefálico a cabeça é habitualmente aplanada na testa, com um apex na zona das extremidades dos parietais e crânio posterior ou occiput caindo abruptamente. O habitual contorno mais ovalado da cabeça aparece por volta do 1º ou 2º dia depois do nascimento.”

Os recém-nascidos apresentam fontanelas, que segundo Hockenberry & Wilson (2014) são espaços de membrana não ossificada que se encontram na junção das suturas do crânio. A bebé M.T. apresenta as fontanelas normais de acordo com a sua idade pois encontram-se normotensas e não apresentam abaulamentos. A fontanela anterior tem uma forma de losango e apresenta entre 4 a 5 centímetros. Já a posterior tem uma forma triangular com um tamanho de 0,5 a 1 centímetro.

Os olhos encontram-se simétricos, sem edema palpebral e a íris tem uma cor acinzentada, típico dos olhos dos recém-nascidos. Relativamente aos ouvidos, estes têm uma aparência normal e são simétricos.

O nariz encontra-se ligeiramente achatado, devido ao parto vaginal, está permeável e sem secreções nasais. A permeabilidade é particularmente importante pois “(...) os recém-nascidos respiram obrigatoriamente pelo nariz (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014:259).

A boca e a garganta da bebé M.T apresentam todas as estruturas normais. Tem um choro vigoroso, a boca não apresenta dentes. Foi avaliado o reflexo de sucção através da amamentação. Ao colocar o mamilo da mãe na boca, a bebé M.T. apresenta uma sucção forte e vigorosa.

Pescoço: O pescoço da bebé M.T. encontra-se curto, espesso e com pregas, típico de um recém-nascido.

Tórax: O tórax da bebé M.T tem uma forma circular, com 2 mamilos simétricos. Ao inspirar, as costelas da bebé M.T. apresentam ligeiras retrações intercostais, que é habitual num recém-nascido.

Abdómen: O abdómen da bebé M.T. encontra-se cilíndrico e com algumas veias visíveis, tal como Hockenberry & Wilson, (2014) refere. A bebé M.T. já não tem coto umbilical, pois caiu no 12º dia de vida. Apresenta já o umbigo normal sem exsudado ou secreções. Também apresenta um ânus, que se encontra permeável. Os pais demonstram preocupação pois a bebé M.T. não evacua diariamente, tendo várias vezes cólicas.

Genitália: A bebé M.T. apresenta genitais femininos completos, com o clitóris, os grandes e pequenos lábios ainda um pouco edemaciados. O meato urinário funciona normalmente, tendo a bebé M.T. várias micções diárias.

Avaliação do desenvolvimento:

A avaliação do desenvolvimento da bebé M.T., teve como fio de condutor a Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan.

De acordo com a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, na 1ª consulta deve-se avaliar primeiro a Postura e Motricidade Global e de seguida a Audição e Linguagem.

Tal como o PNSIJ preconiza, a avaliação do desenvolvimento foi realizada com a bebé M.T. em estado de alerta e confortável.

Inicialmente a bebé M.T. foi posicionada em decúbito dorsal. A bebé adotou uma posição simétrica com os braços e pernas semi-fletidos. Ao colocá-la em posição sentada, houve queda da cabeça para a frente com o dorso ligeiramente curvado. Seguidamente foi colocada em suspensão ventral, verificando-se que a bebé M.T. ficou com a cabeça abaixo do plano do corpo, com os membros semi-fletidos. Por fim, colocou-se a bebé em decúbito ventral, tendo ela adotado uma posição em que rodou a cabeça para o lado direito, com os membros fletidos sob o abdómen e os cotovelos fletidos junto ao tronco. Todas as posturas adotadas pela bebé M.T. vão de encontro ao que é preconizado na escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada.

Seguidamente fomos avaliar os reflexos primitivos da bebé M.T. Estes são: o reflexo de Moro, reflexo de sucção e procura (pontos cardeais), reflexo de preensão palmar e reflexo da marcha automática. O reflexo de moro foi avaliado provocando, com a bebé apoiada, uma ligeira queda da cabeça, tendo resultado em abdução dos membros superiores e abertura das mãos. Segundo Hockenberry & Wilson (2014:260), este reflexo “(...) desaparece depois dos 3-4 meses e é habitualmente mais forte nos primeiros 2 meses de vida”. O reflexo de sucção e procura (pontos cardeais) foi observado anteriormente durante a amamentação, encontrando-se presente. O reflexo de preensão palmar, segundo Hockenberry & Wilson (2014) é realizado tocando nas raízes dos dedos dos pés e mãos, provocando uma flexão dos mesmos. A flexão palmar irá diminuir aos 3 meses, mas a flexão plantar só diminui a partir dos 8 meses. Após realizar este teste, verificou-se que se encontrava presente. Por fim, o reflexo da marcha automática é avaliado segurando a bebé M.T. na vertical e colocando os pés da mesma numa superfície dura. Esta posição estimula a “(...) flexão e extensão recíprocas dos membros inferiores, simulando a marcha.” (Hockenberry & Wilson 2014:260). Após a avaliação de todos estes reflexos, concluímos que se encontravam presentes na bebé M.T.

Por fim foi avaliada a audição e linguagem da bebé M.T. Durante a consulta foi possível verificar que a bebé fixava a cara do pai, por vezes acompanhando a cara do mesmo com o olhar. Também foi possível avaliar a audição pois percebeu-se que a latente reagia a sons mais altos através de um reflexo de sobressalto.

Após a aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan, pode-se verificar que a latente M.T. apresenta um desenvolvimento normal para a idade.

Cuidados Antecipatórios:

Os cuidados antecipatórios também foram abordados na 1ª consulta. O PNSIJ preconiza que os seguintes temas sejam abordados: alimentação; posição de deitar; desenvolvimento; acidentes e segurança; sintomas /sinais de alerta e relação emocional. Relativamente à amamentação foi questionado aos pais sobre que tipo de alimentação a criança recebia. Os pais referiam que amamentavam a bebé com leite materno e a mesma ingeria 30ml de Leite artificial em algumas mamadas. Foi incentivado a amamentação com leite materno, pelo menos até aos 6 meses de idade. A bebé amamentou durante a consulta, tendo sido possível verificar que ela realiza uma boa pega com bons reflexos de sucção e deglutição. Quanto à posição de deitar foi incentivado o decúbito dorsal, tal como preconizado no PNSIJ. Para estimular o desenvolvimento da bebé M.T. foram explicadas aos pais, algumas atividades que se encontram presentes no PNSIJ, como por exemplo pegar na bebé e embalá-la suavemente ou falar com a bebé sobre tudo o que estiver a fazer.

Relativamente ao tema acidentes e segurança, foi incentivado aos mesmos que folheiem o boletim de saúde infantil e juvenil onde encontram informação relevante sobre este tema. Foi também realizado o ensino sobre estarem alerta aos sinais e sintomas que a bebé que justifique a procura de um serviço de saúde, como por exemplo recusa alimentar, febre e prostração, gemido, entre outros.

Por fim foi avaliada a relação emocional, tendo sido possível concluir que tanto a mãe como o pai têm uma postura muito ativa aquando da prestação de cuidados à bebé M.T.

2ª consulta – Dia 30/05

De acordo com o PNSIJ, a próxima consulta da bebé M.T. seria só efetuada quando ela completasse 1 mês de vida, no entanto a USF [REDACTED] proporciona aos pais que os seus bebés sejam pesados todas as semanas. Dia 30/05 ou seja 6 dias após a primeira pesagem, a bebé pesava 3060gr. De acordo com Hockenberry & Wilson (2014), os bebés, até aos primeiros 6 meses devem ter um ganho de peso por semana de 150 a 210gr, ou

seja, aproximadamente entre 20 a 30gr por dia. A bebé M.T. teve um ganho ponderal de apenas 18gr por dia.

1.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem está intimamente relacionado com os estudos de caso. Para corroborar a afirmação anterior Garcia e Nóbrega (2009:190) citando Henderson referem que “(...) há uma indiscutível relação entre os estudos de caso e o aparecimento dos primeiros planos de cuidado de enfermagem. Assim como se pode afirmar que os estudos de caso foram os precursores dos planos de cuidados (...)”. É, portanto, lógico que após uma colheita de dados exaustiva à família, se formulem diagnósticos de enfermagem. Para Potter & Perry (2013:232) “O diagnóstico é um julgamento clínico baseado em informações. A enfermeira revisa as informações coletadas sobre o cliente, observa os sinais e padrões nos dados e identifica os problemas de saúde específicos do cliente.” Os diagnósticos de enfermagem irão ser delineados de acordo com a nomenclatura CIPE®. Segundo a OE, “A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) é uma terminologia resultante de consensos que representa o que os enfermeiros observam (diagnósticos e resultados de Enfermagem), bem como as acções empreendidas para resolver problemas de saúde (intervenções de Enfermagem)”.

Os diagnósticos de enfermagem delineados foram:

- 1 – Desenvolvimento da criança comprometido
- 2 – Amamentação eficaz
- 3 – Obstipação presente
- 4 – Adesão ao regime de vacinação presente.

1.3. PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS

Após a definição dos diagnósticos de enfermagem é necessário realizar o planeamento dos cuidados para resolver os diagnósticos delineados. Potter & Perry (2013:247) referem que o planeamento de cuidados deve “(...) definir prioridades, identificar objetivos centrados no cliente e resultados esperados e prescrever intervenções

de enfermagem individualizadas. Por fim, durante a implementação, as intervenções da enfermeira resolvem os problemas do cliente e atingem os objetivos e resultados esperados.” Os diagnósticos de enfermagem, bem como o planeamento de cuidados irão estar delineados nas tabelas seguintes.

Foco de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultado esperado
<u>Desenvolvimento da Criança comprometido</u>	- Avaliar desenvolvimento da criança; - Monitorizar peso; - Ensinar acerca de peso eficaz; - Promover o desenvolvimento infantil	Desenvolvimento da criança normal.
Competências do enfermeiro SIP	E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.	
Fundamentação teórica	O desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida ocorre muito rapidamente. Hockenberry & Wilson (2014:492) referem que o desenvolvimento é rápido “(...) especialmente	
	durante os 6 meses iniciais. Os lactentes ganham 680gr por mês até aos 5 meses de idade (...)”. É uma altura de muitas mudanças e extremamente rápidas, pelo que o enfermeiro ESIP deve ter competências para avaliar o desenvolvimento normal do bebé e algum desvio que possa ocorrer.	

Foco de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultado Esperado
<u>Amamentação eficaz</u>	- Apoiar amamentação; - Ensinar acerca do padrão alimentar infantil.	Amamentação eficaz.
Competências do enfermeiro SIP	E.3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade. E.3.2.4. Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN. E.3.2.5. Promove a amamentação. E.3.2.6. Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN.	
Fundamentação teórica	Apoiar a amamentação é essencial pois “O leite humano é a melhor opção para a nutrição do lactente até ao 1º ano de vida. O leite humano consiste num número de micronutrientes biodisponíveis em quantidades e qualidade que os tornam facilmente digeríveis pelo recém-nascido e absorvidos para fornecer energia e crescimento.” Hockenberry & Wilson (2014:274). É fundamental, portanto que o enfermeiro ESIP tenha competências para promover a amamentação.	

Foco de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultado Esperado
<u>Obstipação presente</u>	- Gerir padrão de eliminação intestinal; - Ensinar massagem infantil.	Obstipação diminuída
Competências do enfermeiro SIP	E.1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento	

	de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.
	E.1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido de adopção de comportamentos potenciadores de saúde.
Fundamentação teórica	A obstipação e as cólicas no recém-nascido são muito comuns pois a criança ainda se está a habituar à vida extra-uterina. Hockenberry & Wilson (2014:566) referem que “A cólica é mais comum em lactentes com idade inferior a 3 meses do que em lactentes mais velhos (...)”

Foco de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultado Esperado
<u>Adesão ao regime de vacinação presente</u>	- Avaliar conhecimento sobre vacinação; - Ensinar acerca da vacinação; - Implementar horário de vacinação.	Adesão ao regime de vacinação presente
Competências do enfermeiro SIP	E.1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde. E.1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.	

Fundamentação teórica	O Enfermeiro ESP tem uma extrema responsabilidade em sensibilizar os pais para vacinarem os seus filhos. Hockenberry & Wilson (2014:525) explana a importância da vacinação, pois afirma que “Um dos avanços mais marcantes em pediatria foi o declínio das doenças infecciosas durante o século XX, devido ao uso generalizado da imunização para doenças que se podem evitar.”
------------------------------	--

1.4. AVALIAÇÃO

A avaliação é a última etapa do processo de enfermagem. É nesta fase que iremos avaliar se o nosso plano de cuidados foi eficaz ou não. Potter & Perry (2013:277) enaltecem a afirmação anterior, pois afirmam que a avaliação

“(…) é crucial para determinar se, após a aplicação do processo de enfermagem, a condição do cliente ou seu bem-estar melhoraram. A enfermeira aplica tudo o que sabe sobre o cliente e sua condição e suas experiências com clientes anteriores para avaliar se o cuidado de enfermagem foi eficaz.”

Em seguida é possível encontrar a avaliação de cada um dos diagnósticos de enfermagem delineados.

1 – Desenvolvimento da criança comprometida

No dia 30/05, foi possível verificar que a bebé M.T. estava a ganhar pouco peso, aumentando apenas 18 gr, por dia. Foi então remarcada avaliação do peso para dia 07/06, ou seja, 8 dias depois. O peso da bebé M.T. dia 07/06 foi de 3320gr, ou seja, aumentou 32,5gr, por dia, sendo um resultado muito satisfatório. A avaliação do peso foi agendada novamente para a semana seguinte, com o intuito de perceber se a bebé M.T. irá manter este aumento de peso ou se irá diminuir. Relativamente às curvas de crescimento encontra-se entre o percentil 15 e 50.

É possível concluir que como esperado, o resultado das intervenções resultou num desenvolvimento da criança normal, pois o seu peso encontra-se dentro do esperado para uma criança da idade dela.

2 – Amamentação eficaz

A amamentação da bebé M.T. sempre foi eficaz, no entanto como também faz leite artificial houve necessidade de realizar ensinamentos sobre a mesma e sobre a sua importância, tendo sido levantado este diagnóstico.

Foi perceptível perceber que foi uma vontade que os pais sempre tiveram. Tanto a mãe, como o pai foram bastante receptivos aos ensinamentos e querem continuar com a amamentação. Teve que ser introduzido um suplemento de 30ml de LA mamada sim, mamada não, que os pais cumprem, sem nunca deixarem a amamentação de lado. Os pais planeiam amamentar até ser possível, tendo sido reforçado o ensino sobre a importância do aleitamento materno. Durante todas as consultas foi incentivado a amamentação para que pudesse ser avaliada a pega e os reflexos de sucção e deglutição, não havendo qualquer problema.

Podemos então concluir que após as implementações, a amamentação continua a ser eficaz.

3 – Obstipação

Relativamente à obstipação, foi possível perceber que os pais foram bastante receptivos à realização da massagem na bebé, referindo melhoria das cólicas e da obstipação. Foi explicado aos pais que as cólicas são normais nos recém-nascidos pois é uma fase de adaptação pelos quais os recém-nascidos passam. Também foi alertado para as características das fezes dos recém-nascidos e para realizarem uma estimulação no ânus da bebé M.T. se ela estiver alguns dias sem evacuar. Foi possível compreender que a avaliação deste diagnóstico de enfermagem foi positiva.

4 – Adesão ao regime de vacinação

Por fim, relativamente à adesão ao regime de vacinação presente, foi possível avaliar que se mantém a adesão à vacinação. A latente M.T. já tinha recebido a primeira dose da vacina contra a Hepatite B na altura do nascimento, e já se encontram marcadas as vacinas propostas pelo PNV para os 2 meses de idade, sendo elas a segunda dose da vacina contra a Hepatite B e as primeiras doses das vacinas contra as Infecções por *Haemophilus influenzae* b, Difteria, Tétano, Tosse convulsa, Poliomielite e Infecções por *streptococcus pneumoniae*. Foi possível verificar que os pais percebem a importância não só da vacinação, mas também do cumprimento correto do PNV, ou seja, a criança deve ser vacinada nos meses indicados no PNV sem atrasos.

É possível, então afirmar, que os resultados esperados, foram alcançados, ou seja, mantém-se uma adesão ao regime de vacinação presente.

CONCLUSÃO

Um estudo de caso é, realmente um instrumento de aprendizagem bastante útil. Neste caso, em específico, permitiu que realizasse uma avaliação exaustiva sobre uma família, para tentar perceber onde atuar, de modo a que as intervenções estabelecidas permitissem a maximização sua saúde.

Penso que os objetivos propostos para este trabalho foram atingidos. Primeiramente a elaboração deste trabalho académico deu-me oportunidade de perceber a importância que uma consulta de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil tem. Estas consultas têm como objetivo realizar uma vigilância completa da criança de modo a ser possível detetar precocemente quaisquer desvios do que está estipulado como normal no PNSIJ. Antes de elaborar este trabalho e de realizar o estágio na USF, não tinha noção da importância que estas consultas têm. As consultas dão-nos oportunidade de realizar ensinamentos às crianças e aos seus pais/cuidadores, num ambiente propício à aprendizagem, o que muitas vezes não acontece noutros serviços de saúde.

A realização de um estudo de caso a uma família também me deu oportunidade de explorar diferentes modelos até então desconhecidos para mim. O MCAF uma novidade para mim e percebi o porquê de ser considerado um dos modelos de avaliação familiar mais importantes no mundo. A elaboração do genograma e ecomapa foi muito interessante, pois permite uma avaliação mais profunda da família.

O presente trabalho foi um pouco difícil de realizar devido, essencialmente à escolha da família. Não foi fácil encontrar uma família que estivesse disponível, tendo sido um pouco difícil colher todos os dados necessários.

Para finalizar considero ter sido fundamental a realização deste trabalho, não só como trabalho académico, mas também como futura enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria. Senti que este trabalho foi um enorme contributo para o meu futuro profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E ELETRÓNICAS

DGS. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil Acedido em 30/05/2018 em:

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-emsau-de-infantil-e-juvenil.aspx>

Garcia, T.R., Nóbrega, M.M.L. (2009). Processo de Enfermagem: Da Teoria à Prática Assistencial e de Pesquisa. In Escola Anna Nery Revista Enfermagem. 13(1): 188-193. Acedido a 10/06/2018 em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). Wong, Enfermagem da criança e do adolescente. 9ª edição. Loures: Lusociência.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge – Programa Nacional de Diagnóstico Precoce. Acedido em 30/05/2018 em: <http://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/genetica-humana/programa-nacional-dediagnostico-precoce/>

- OE. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Acedido em 05/06/2018 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento-CompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

- OE (2015). Enfermagem Comunitária: Um projeto partilhado com o governo escocês e o Serviço Nacional de Saúde da Escócia – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Acedido em 10/06/2018 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CatalogoCIPE_web_julho2015.pdf

- Potter, S. & Perry, H, (2013). Fundamentos de Enfermagem. 8ª Edição. Elsevier Editora.

- Wright, L.M., Leahey, M.L. (2009). Enfermeiras e Famílias. Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família. 4ª edição. Editora Roca.

APÊNDICE 27 – Resumo do Artigo “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, o que é? Perspetivas de três equipas de enfermagem da área pediátrica sobre a segurança na utilização da medicação”.

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, o que é? Perspetivas de três equipas de enfermagem da área pediátrica sobre a segurança na utilização da medicação

Patrícia Balancho¹, Dulce Cruz²

¹Enfermeira do Serviço de Pediatria do Hospital Espírito Santo, Évora. Mestranda em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

²Professora Adjunta da Universidade de Évora – ESESJD e Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

Resumo:

Objetivo: Identificar o conhecimento que as equipas de enfermagem de três serviços da área pediátrica, têm sobre o plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020 – objetivo 4 (aumentar a segurança na utilização da medicação)

Metodologia: É um estudo descritivo transversal e exploratório e teve como participantes 24 enfermeiros de três serviços da área pediátrica (Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais) de um Hospital. O estudo realizou-se entre Dezembro de 2018 e Janeiro de 2019 e foi utilizado um questionário e uma checklist como instrumentos de coleta de dados.

Resultados/Discussão: Após análise dos dados, verificou-se que os enfermeiros questionados têm lacunas sobre o conhecimento do plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020 e sobre as respetivas normas e orientações liberadas pela Direção Geral de Saúde.

Conclusão: Conclui-se que é necessária formação aos profissionais de enfermagem sobre esta temática tão importante para uma segura preparação e administração de medicação na área pediátrica.

Palavras-chave: Segurança; Medicação; Enfermagem; Pediatria.