



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

PROMOVER UM AMBIENTE SEGURO À CRIANÇA E JOVEM:

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA

PROMOTING A SAFE ENVIRONMENT FOR CHILDREN AND YOUNG

ADULT: SPECIALIZED NURSING INTERVENTION

Por

Selma Sofia Marques Gaio

Lisboa, 2021



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

**PROMOVER UM AMBIENTE SEGURO À CRIANÇA E JOVEM:
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA**

**PROMOTING A SAFE ENVIRONMENT FOR CHILDREN AND YOUNG
ADULT: SPECIALIZED NURSING INTERVENTION**

Por

Selma Sofia Marques Gaio

Sob a orientação da Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, 2021

“Somos todos frágeis, todos iguais, todos preciosos”

Papa Francisco, 2020

AGRADECIMENTOS

O meu primeiro grande agradecimento vai para o Rafael, que ainda não nasceu, mas esteve sempre ao lado da mãe a apoiar e a dar forças na realização da etapa final deste percurso formativo.

Ao meu namorado por ter sempre acreditado em mim e nunca me ter deixado desistir mesmo com todas as pedras encontradas pelo caminho.

Às minhas irmãs, Sílvia e Susana, pelo grande incentivo e motivação, à disponibilidade e ajuda.

À minha mãe por toda a paciência que teve comigo, mesmo nos dias em que o stress não permitiu demonstrar todo o amor e gratidão que tenho.

À família Brás, por contribuírem na concretização deste percurso formativo.

À minha equipa, em especial à Rita Pereira e Rita Barros, por acompanharem o meu percurso e me motivarem e ajudarem a ultrapassar e a não desistir na altura pandémica mais crítica.

A todos os professores por partilharem toda a sua sabedoria e toda a sua dedicação. Em especial, à Exma. Professora Doutora Elisabete Nunes por acreditar em mim e me ajudar a desafiar e ultrapassar todas as barreiras encontradas.

Às minhas colegas do curso por todo o companheirismo e motivação no término deste percurso.

À Enfermeira Filomena, Enfermeira Núria e Enfermeira Maria Rosário por me terem acolhido ao longo do meu percurso, pela orientação, dedicação e envolvimento.

A todas as crianças e famílias que se atravessaram neste percurso e que todos os dias me ensinam um bocadinho mais, especialmente a cuidar mais e melhor.

A todos os que não foram mencionados e contribuíram para o meu percurso formativo...

O meu Muito Obrigada!

RESUMO

A preocupação com a segurança do doente e, por consequência, com a qualidade dos cuidados prestados tem crescido ao longo dos últimos anos. O erro de medicação em contexto pediátrico é uma grande preocupação dos enfermeiros, dada a vulnerabilidade acrescida dessa população. Assim, é fundamental a intervenção do Enfermeiro na promoção de estratégias de prevenção do erro na administração do medicamento à criança. O presente relatório surge, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com o intuito de descrever e refletir criticamente sobre o caminho formativo desenvolvido na aquisição de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

De forma a fortalecer teoricamente a problemática e a fundamentar qualquer tomada de decisão, recorreu-se ao Modelo Qualidade-Cuidado© de Joanne Duffy e Lois Hoskins.

Como objetivo transversal aos diferentes estágios delineou-se “Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados nos diversos contextos da prática com enfoque na promoção da qualidade e segurança dos mesmos”. Assim, com enfoque nas necessidades formativas e após o diagnóstico situacional, foram planeados objetivos específicos em cada contexto de estágio e desenvolvidas atividades com o intuito de adquirir competências comuns de Enfermeiro Especialista e competências específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, bem como competências de Mestre.

No contexto de Internamento de Pediatria destaca-se, entre as diversas atividades realizadas, a elaboração de uma norma de procedimentos sobre a dupla verificação da terapêutica, bem como a realização de uma sessão formativa à equipa de enfermagem. Além disso, salienta-se a realização de um poster formativo sobre o uso seguro do medicamento. Por sua vez, numa Unidade de Saúde Familiar salienta-se a elaboração de um fluxograma de atuação numa reação anafilática após a vacinação e, respetivamente, uma sessão formativa à equipa de enfermagem. Também foram elaborados folhetos informativos para os pais sobre a segurança da criança. Por último, no contexto de Urgência Pediátrica, as atividades direcionaram-se para a implementação de estratégias de prevenção no erro terapêutico à criança, através da elaboração de tabelas com toda a informação importante da terapêutica utilizada nesse contexto.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica; Segurança do doente; Estratégias de prevenção; Erros de Medicação

ABSTRACT

The concern about patient safety and, consequently, the quality of care provided, has grown over the last few years. Medication errors in the pediatric context are a major concern of nurses, given the increased vulnerability of this population. Thus, the Nurse's intervention in promoting error prevention strategies in the administration of medication to the child is essential.

The following report arises within the Master's Degree in Nursing, in the area of specialization in Child and Pediatric Health Nursing, in order to describe and critically reflect on the training path developed in the acquisition of skills of Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing.

To theoretically strengthen the problem and to base any decision making, the Quality-Care Model© by Joanne Duffy and Lois Hoskins was used.

“To develop competencies as a Specialist Nurse in Child and Pediatric Health in the provision of care in the different contexts of practice with a focus on promoting their quality and safety” was outlined as the objective throughout the different stages. Thus, with a focus on training needs and after the situational diagnosis, specific objectives were planned in each context of the internship and activities were developed with the aim of acquiring common skills of a Specialist Nurse and specific skills of a Specialist Nurse in Child and Pediatric Health, as well as a master's skills.

In the context of Inpatient Pediatrics, among the various activities carried out, the elaboration of a procedures' guideline on the double verification of therapy stands out, as well as the holding of a training session for the nursing team. In addition, a training poster on the safe use of the medication was also made. In the context of a Family Health Unit, the development of a flowchart outlining the course of action in an anaphylactic reaction after vaccination and, respectively, a training session for the nursing team. Information leaflets for parents on child safety have also been developed. Lastly, in the context of Pediatric Urgency, the activities were directed towards the implementation of prevention strategies of the therapeutic error towards the child, through the elaboration of tables with all the important information of the therapy used in that context.

Descriptors: Pediatric Nursing; Patient safety; Prevention strategies; Medication Errors

Lista de Siglas e Acrónimos

ACES – Agrupamento de Centro de Saúde
ANA – American Nurses Association
ANSP – Association National Safety Pediatrics
APA – American Psychological Association
CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CPR – Conselho Português para os Refugiados
DeCS – Descritores em ciências da Saúde
EE – Enfermeiro Especialista
EEG – Eletroencefalografia
EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
ICN – International Council of Nurses
JBI – Joanna Briggs Institute
JCI – Joint Commission International
MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH – Medical Subject Headings
NCCMERP – National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention
NPSA – National Patient Safety Agency
OE – Ordem dos Enfermeiros
PBE – Prática Baseada na Evidência
PNAE – Associações de Enfermagem Pediátrica da Europa
PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV – Plano Nacional de Vacinação
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SO – Serviço de Observação
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica
UCEP – Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos
UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
USF – Unidade de Saúde Familiar
WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	21
1.1. Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e Segurança do Doente	21
1.2. Modelo Qualidade-Cuidado©	24
1.3. O Erro em Saúde	27
1.3.1 Erro de medicação nos cuidados à criança	30
1.3.2 Prevenção do erro de medicação nos cuidados de enfermagem à criança	35
1.4. Estratégias para prevenir o erro na administração da terapêutica na unidade de cuidados intensivos neonatais: uma revisão <i>scoping</i>	37
2. PERCURSO FORMATIVO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	45
2.1. Contexto de Internamento de Pediatria	47
2.2. Contexto de Cuidados de Saúde Primários	53
2.3. Contexto de Urgência Pediátrica	58
3. CONCLUSÃO	65
4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS.....	81
ANEXO I – Modelo Qualidade-Cuidado© de Duffy e Hoskins.....	83
ANEXO II – Certificado da apresentação do Poster “Estratégias para prevenir o erro na administração da terapêutica na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: a <i>Scoping Review</i> ” no âmbito da participação no 3º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa	87
APÊNDICES.....	91
APÊNDICE I – Estratégias para prevenir o erro na administração da terapêutica na unidade de cuidados intensivos neonatais: uma <i>revisão scoping</i>	93
APÊNDICE II – Poster “Estratégias para prevenir o erro na administração da terapêutica na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: a <i>Scoping Review</i> ” no âmbito da participação no 3º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.....	125
APÊNDICE III – Norma da dupla verificação da terapêutica	129
APÊNDICE IV – Norma de Ambiente Seguro.....	143
APÊNDICE V – Projeto de Reformulação do carro de Terapêutica	157

APÊNDICE VI – Norma de Dupla Verificação	181
APÊNDICE VII – Relatório da sessão formativa em Contexto de Internamento de Pediatria: “Promoção da Segurança da Criança na prestação de cuidados: Estratégias para diminuição do erro terapêutico”	193
APÊNDICE VIII – Reflexão: “Impacto da ausência dos pais durante o internamento da criança e Promoção da inclusão dos mesmos nos cuidados de forma a garantir cuidados de Qualidade”	213
APÊNDICE IX – Cartaz Informativo (Uso Seguro do Medicamento em Pediatria).....	227
APÊNDICE X – Tabela da Terapêutica de Domicílio	231
APÊNDICE XI – Fluxograma em caso de atuação numa reação anafilática após a vacinação	235
APÊNDICE XII – Relatório da sessão formativa em Contexto de Cuidados de Saúde Primários: “Abordagem à criança em situação de reação anafilática após vacinação”	239
APÊNDICE XIII – Folheto informativo no idioma português dirigido aos pais: “Uso Seguro do Medicamento em Pediatria”	259
APÊNDICE XIV – Folheto informativo no idioma português dirigido aos pais: “Segurança no domicílio”	263
APÊNDICE XV – Folheto informativo no idioma português dirigido aos pais: “Acidentes Rodoviários: Prevenção”	267
APÊNDICE XVI – Folheto informativo no idioma português dirigido aos pais: “Vigilância de Saúde”	271
APÊNDICE XVII – Tabela com os fármacos de sedação	275
APÊNDICE XVIII – Tabela com medicação da Urgência Pediátrica	279
APÊNDICE XIX – Reflexão: “Capacitação dos pais na administração de terapêutica inalatória”	285

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma Prisma, adaptado à metodologia de Joanna Briggs Institute (JBI, 2020).....	40
--	----

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Este relatório visa promover a reflexão crítica sobre o percurso formativo individual como Enfermeira Especialista desenvolvido nos diferentes contextos de estágio, demonstrando a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica. Para isso, será utilizada uma metodologia descritiva, crítica e reflexiva de forma a estabelecer uma relação entre a teoria e a prática nos diferentes campos de cuidados. Assim, através de um discurso claro e fundamentado, serão expostos os resultados de aprendizagem e de investigação atingidos.

Com a evolução tecnológica e científica na área da saúde, emerge um grande desafio no sistema relativamente à prestação de cuidados seguros (Belela, Pedreira, & Peterlini, 2011).

O tema segurança do doente tem apresentado um papel de relevo na literatura internacional, tendo sido realizadas várias iniciativas com o objetivo de prevenir erros e eventos adversos aos doentes e promover cuidados de qualidade (Belela et al., 2011). Nesse sentido, a Ordem dos Enfermeiros (OE) estabeleceu os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001).

A segurança do doente está intimamente ligada à Qualidade em Saúde, assumindo um papel importante na qualidade dos cuidados (International Council of Nurses [ICN], 2006). Num debate da OE (OE, 2006) sobre “Cuidados Seguros”, esta evidencia que todas as intervenções de enfermagem não estão isentas de falhas e assumem um papel importante na segurança do doente. Os eventos adversos mais comuns são as quedas, os erros de medicação, as infeções nosocomiais e as readmissões (OE, 2006).

Ao exercer a minha atividade profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), confronto-me regularmente com a problemática do erro de medicação. Na minha prática clínica apresento alguns receios em falhar e, principalmente, em cometer

erros de medicação, quer pela cultura muito enraizada na organização, quer pela cultura punitiva da equipa multidisciplinar, mas também a nível pessoal, pois a cultura de que os profissionais de saúde não falham inicia-se na formação académica e é uma problemática muito debatida.

Presenciei situações em que após o profissional cometer o erro, este era alvo de juízos de valor, o que nada contribuiu para um crescimento e evolução do profissional e da instituição. Fragata e Martins (2008) referiam isso mesmo, o erro era analisado e a pessoa que o tinha cometido era acusada do mesmo. É mais fácil acusar o profissional que errou do que perceber o que gerou determinado erro (Fragata & Martins, 2008). Contudo, essa atitude não previne novos erros, pois não contribui para a aquisição de uma mudança na “cadeia” que originou o erro (Rosa & Perini, 2003; Fragata & Martins, 2008). Dessa forma, essas atitudes contribuíram para o meu interesse nesta área e este relatório possibilitou aprofundar conhecimentos com o intuito major de prestar cuidados de enfermagem cada vez mais seguros, de elevado nível de qualidade e sempre fundamentados. Para se poder prevenir o erro é necessário estar consciente destes, sendo um outro motivo que me levou a enveredar por esta problemática.

Walsh, Kaushal e Chessare (2005) referem que “os erros de medicação potencialmente causadores de prejuízo podem ser três vezes mais comuns na população pediátrica do que nos adultos” (p. 689), sendo esta população mais vulnerável ao erro por diversos fatores, devido às suas características fisiológicas (Cass, 2016).

Sendo a administração de medicação uma responsabilidade do enfermeiro, embora seja uma intervenção interdependente (Vianna, Linhares, Opitz, Cassiani, & Miaso, 2004) por ser iniciada por outro profissional, este deve adquirir conhecimentos sólidos em relação ao uso seguro do medicamento e a toda a sua envolvência. Assim, as Associações de Enfermagem Pediátrica da Europa (PNAE, 2012) manifestam que os Enfermeiros que trabalham em pediatria devem ser líderes na redução de erros clínicos e eventos adversos com medicamentos, por serem a última barreira de defesa na prevenção dos mesmos.

Assim, é crucial que os Enfermeiros, nomeadamente em contexto pediátrico, assumam estratégias eficazes na prevenção do erro terapêutico, num contexto de prática baseada em evidência. A OE preconiza que o Enfermeiro Especialista tenha a capacidade/competência de assegurar “(...) a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas (...)” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, p. 4748), bem como contribuir “(...) na organização do trabalho, de forma a

reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, p. 4748).

Neste sentido, e para dar resposta a esta temática transversal ao percurso formativo, foi mobilizado o Modelo Qualidade-Cuidado© de Joanne Duffy e Lois Hoskins (Duffy & Hoskins, 2003; Duffy, Baldwin, & Mastorovich, 2007; Venturi, Wolff, Meier, Montezeli, & Peres, 2009; Duffy, 2013) e realizada uma revisão *scoping* com o intuito de “mapear o conhecimento científico sobre as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para prevenir o erro terapêutico na fase da administração em UCIN”, cujos resultados vieram solidificar as estratégias utilizadas nos diversos contextos de estágio.

Esta revisão *scoping* foi desenvolvida em contexto de Neonatologia, pois seria um dos estágios a desenvolver no âmbito desta Unidade Curricular e, nesse sentido, teria como objetivo aplicar todo o conhecimento teórico adquirido. Contudo, esse estágio teve de ser antecipado para a unidade curricular anterior, devido a consequências da pandemia de COVID-19.

Delineou-se como objetivo transversal aos diferentes estágios “Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) na prestação de cuidados nos diversos contextos da prática com enfoque na promoção da qualidade e segurança dos mesmos”.

O primeiro contexto de estágio foi desenvolvido no Internamento de Pediatria onde se salienta a realização de uma sessão formativa junto da equipa de enfermagem intitulada de “Promoção da segurança da criança na prestação de cuidados”, a elaboração de uma norma de procedimentos sobre a dupla verificação da terapêutica e um poster informativo de fácil acesso aos pais sobre a temática “Uso seguro do medicamento em pediatria”. Esta última atividade foi muito apreciada, bem como a elaboração da tabela com a medicação de domicílio, pois os pais referem maior segurança na alta com essas ferramentas basilares de forma a diminuir um possível erro. O segundo contexto de estágio decorreu numa Unidade de Saúde Familiar, onde se destaca a elaboração de um fluxograma em caso de atuação numa reação anafilática após a vacinação, bem como uma sessão formativa junto da equipa de enfermagem, e a realização de folhetos informativos para os pais sobre várias temáticas correspondentes à segurança da criança. Relativamente ao fluxograma, a maioria da equipa multidisciplinar considerou bastante pertinente por ser um acontecimento raro e que dada a ansiedade do momento pode gerar falhas. Em relação aos folhetos informativos não foi possível avaliar a sua aplicabilidade, pois estavam a ser analisados pela equipa médica para posterior impressão e entrega às famílias durante as consultas de saúde

infantil. O terceiro estágio decorreu numa Urgência Pediátrica, no qual se destaca a elaboração de uma tabela com os fármacos de sedação e outra com a medicação mais usual na urgência pediátrica, para um acesso fácil por parte dos profissionais. Não foi possível avaliar os resultados destas atividades por as tabelas estarem em processo de análise pelos técnicos da farmácia, que até à data não tiveram oportunidade de sugerir melhorias por se encontrarem sobrecarregados com procedimentos internos como a preparação da vacinação devido à situação pandémica de COVID-19.

A estrutura do presente relatório encontra-se dividida em quatro capítulos. O primeiro compreende o enquadramento teórico e conceptual, sendo apresentada a problemática da prevenção do erro de medicação e suas estratégias, seguindo-se com a fundamentação do modelo teórico e por último uma breve apresentação da revisão *scoping* elaborada.

O segundo capítulo compreende o percurso formativo nos diferentes ensinamentos clínicos que culminou na aquisição de competências de Enfermeiro Especialista e de Mestre, sendo apresentada uma breve descrição de cada contexto, os objetivos em função do diagnóstico situacional e das necessidades formativas, a análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas, culminando com a justificação das competências adquiridas.

Para finalizar, apresenta-se a conclusão com uma síntese do percurso formativo simultaneamente com uma reflexão sobre a contribuição que teve para a prática profissional. Seguindo-se as referências bibliográficas que suportaram este relatório e que sustentaram a prática nos diferentes contextos de estágio, e os anexos e apêndices.

Este relatório segue as normas de citação e referenciação bibliográfica da *American Psychological Association* (APA, 7ª ed.) e foi redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico. Foi tido em consideração, também, a proteção de dados por questões éticas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

1.1. Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e Segurança do Doente

A segurança do doente representa um problema preocupante de saúde pública a nível mundial (Paim, Bellaver, Belmonte, & Azeredo, 2016), sendo um dos pilares da qualidade dos cuidados em saúde (American Nurses Association [ANA], 2002). Desta forma, a segurança do doente e a qualidade em saúde são inseparáveis (Carneiro, 2010).

Fragata (2010) refere que a segurança do doente é um elemento essencial na prestação de cuidados com qualidade. No entanto, a preocupação com a qualidade de cuidados não é um tema atual, pois se recuarmos ao ano de 1850, Florence Nightingale já apresentava uma preocupação com a garantia da qualidade, procurando através dos registos das suas observações, avaliar o nível de cuidados prestados e melhorar os serviços nas áreas mais deficitárias (Carrier-Walker, 2010). Assim é importante que, os enfermeiros invistam na investigação de forma a sustentar cuidados mais seguros e a promover uma relação de enfermeiro/doente (Ballard, 2003).

Em Portugal, a qualidade em saúde teve início na década de 80 nos centros de saúde através da Direção Geral de Saúde (Pina, 2001). Em 1989, surgiu a primeira comissão da qualidade em meio hospitalar no Hospital São Francisco Xavier (Campos, Saturno & Carneiro, 2010). No entanto, foi na década de 90 que foi formada a Comissão Nacional de Humanização e Qualidade, assumindo a propagação das comissões de qualidade nos hospitais (Campos et al., 2010). Com o elevado investimento nesta temática, em 2009 o Departamento da Qualidade na Saúde torna-se responsável por coordenar a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, cujo propósito era divulgar e estimular uma cultura de melhoria contínua da qualidade em todas as instituições que prestassem cuidados de saúde (Despacho 14223/2009, de 24 de Junho).

Donabedian, como mentor da qualidade em saúde, descreve que esta pode proporcionar menores riscos para o doente (Mezomo, 2001). Adianta, ainda, que a qualidade nunca é absolutamente suficiente, apesar do estadió em que se encontra, acabando por desenvolver o conceito de “melhoria contínua” (Donabedian, 2003).

Nesse sentido, a qualidade em saúde tem de estar em constante avaliação e monitorização, de forma a que seja eficiente (Wachter, 2010). Porém, só é benéfico haver uma avaliação da qualidade se houver uma melhoria crescente e que leve a uma atitude de mudança priorizando o interesse do doente (Fragata, 2006), ou seja, proporcionando um ambiente de cuidados seguros com vista à segurança do mesmo (Institute of Medicine, 2001).

Não existe qualidade se não existir segurança, por isso estão efetivamente ligadas uma à outra, visto que a segurança é um elemento essencial na qualidade em saúde (ICN, 2006).

Desta forma, ainda há muito para se fazer e desenvolver nos hospitais, pois a segurança do doente ainda está num período muito embrionário (Faria, 2010). E é da responsabilidade de todos, devendo assegurar cuidados seguros e com ausência de danos para os doentes (ANA, 2002).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) elaborou o documento Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem onde refere a importância de criar sistemas de qualidade em saúde (OE, 2001). Assume que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e refere que o que constitui a base fundamental da melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros é a produção de guias orientadores de boas práticas de cuidados de enfermagem (OE, 2001). Nesta perspetiva, o interesse comum de todos os profissionais é prestar cuidados de excelência (OE, 2006).

Posteriormente, a Ordem dos Enfermeiros veio reforçar a preocupação desta temática com a elaboração do documento “Tomada de posição sobre segurança do cliente” em 2006. Neste documento, refere que o enfermeiro “tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2006, p. 4), tendo responsabilidade ética de promover um ambiente seguro de forma a reduzir os riscos e prevenir os eventos adversos e, desta forma, garantir a excelência de cuidados de qualidade e em segurança (OE, 2006). Tal como é abordado num dos enunciados descritivos da qualidade que a OE elaborou, a satisfação do cliente respeita a “procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (OE, 2001, p. 13). Para que os cuidados de saúde sejam de alta qualidade e mais eficientes, cabe ao enfermeiro implementar sistemas de melhoria (OE, 2001).

Em 2005, o Luxemburgo elaborou uma declaração sobre a segurança dos doentes, denominada de “Segurança dos doentes: Torná-la uma realidade!” destacando que um dos principais direitos dos doentes é a segurança dos cuidados de saúde que lhes são prestados.

Assim, o acesso a cuidados de saúde seguros é um direito do ser humano (OE, 2005). Atualmente, as pessoas estão mais informadas e cada vez mais têm conhecimento dos seus direitos, salvaguardando-os (OE, 2005).

Gradualmente, a sociedade tem vindo a ser mais exigente e com maiores expectativas, o que leva obrigatoriamente a mais formação e conhecimento, promovendo o desenvolvimento de boas práticas e de uma cultura de qualidade em saúde (Barros, 1998; Mezomo, 2001). Logo, todos temos direito a cuidados de saúde de excelência de forma a sentirmo-nos mais seguros e confiantes enquanto doentes que usufruímos de um serviço de saúde (OE, 2005; Mauro, 2009). Segundo Abreu (2015), os doentes têm o direito de ter cuidados imunes de danos de acordo com o código de ética dos profissionais de saúde e, por isso, devemos unir esforços para prestarmos cuidados seguros e de qualidade.

Contudo, garantir cuidados seguros e a segurança do doente, não depende unicamente de uma só pessoa, ou de um serviço ou equipamento, mas sim de um sistema e da interação de todos a que nele pertencem (Fragata, 2006; Serranheira et al., 2009; Serranheira, Sousa & Sousa, 2010). Todos, que direta ou indiretamente se envolvem nos cuidados de saúde, são responsáveis pela segurança do doente (ICN, 2006). Mas, é do conhecimento de todos que os enfermeiros são quem se relaciona mais de perto e durante mais tempo com o doente e por isso existe uma grande preocupação deste grupo profissional em relação à segurança pela dependência da excelência do cuidar e da cultura de segurança (Abreu, 2015). Dessa forma, para compreender e analisar essa interação, tem-se elaborado programas de garantia da qualidade, com a aplicação de novos instrumentos para uma melhoria contínua da segurança (Mauro, 2009).

Segundo o código deontológico do enfermeiro, para garantir cuidados seguros e de qualidade, no artigo 82º, alínea b, o enfermeiro deve compreender a pessoa como um ser único, respeitando a sua “integridade biopsicossocial, cultural e espiritual” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p. 99). Posto isto, tem a responsabilidade de “informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem” (Nunes et al., 2005, p. 111 (Artigo 84º, alínea a)). Para obter cuidados de excelência, este verifica “(...) regularmente o trabalho efetuado e reconhece eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”, procura “adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa”, assegura uma “atualização contínua dos seus conhecimentos (...)” e garante e assegura “(...) a qualidade e (...) a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos” (Nunes et al., 2005, p.135 (Artigo 88º, alínea a, b, c, e)).

Em Suma, Fragata (2006) refere que a única área em que a qualidade tem menos custos é a saúde por nos traduzir em menores morbidades.

Num debate da OE (OE, 2006) sobre “Cuidados Seguros”, esta referiu que todas as intervenções de enfermagem não estão isentas de falhas e, para isso, de forma a promover a sua prevenção existe a necessidade de identificar de forma objetiva o que origina o erro. No entanto, não nos podemos esquecer que a Enfermagem não se resume apenas em procedimentos técnicos, mas, também, às relações interpessoais quer sejam com os doentes ou família, quer sejam com outros profissionais de saúde (OE, 2006). Por isso, independentemente de quem seja o causador da falha de segurança e, por conseguinte, da qualidade dos cuidados, é indiscutível a necessidade de identificação precoce do erro de forma a quebrar essa barreira e conter as consequências que advêm para o doente e elaborar/produzir estratégias para impedir a sua repetição (OE, 2006).

Assim sendo, é importante que esta classe profissional assuma estratégias eficazes na prevenção do erro de medicação, num âmbito de prática baseada em evidência (Branco, 2019).

1.2. Modelo Qualidade-Cuidado©

O sistema de saúde encontra-se em constante evolução que juntamente com os avanços científicos tem impulsionado a Enfermagem a analisar a qualidade dos seus cuidados de forma sistemática (Duffy & Hoskins, 2003). O cuidado de qualidade na saúde é uma responsabilidade de enfermagem e uma expectativa do doente. (Duffy & Hoskins, 2003).

O Modelo Qualidade-Cuidado© destaca a importância da enfermagem para resultados de qualidade em saúde, valorizando o trabalho associado (Duffy, Baldwin, & Mastorovich, 2007).

Este Modelo foi desenvolvido por Joanne Duffy e Lois Hoskins, sendo classificado como uma teoria média apesar de se ter originado de uma grande teoria de Enfermagem (Venturi, Wolff, Meier, Montezeli, & Peres, 2009). É baseado na Teoria de Cuidado Humano de Watson e no Modelo de Saúde de Qualidade de Donabedian e influenciado por contribuições de King, Mitchell e Irvine (Duffy & Hoskins, 2003). Ambos os modelos estão em consonância, estando relacionados com a pessoa, saúde e fatores ambientais que influenciam os cuidados de saúde (Venturi et al., 2009).

O modelo da Qualidade-Cuidado interliga a prática baseada em evidências e, concomitantemente, reflete como a enfermagem colabora nos cuidados à saúde de qualidade (Duffy & Hoskins, 2003).

A essência deste Modelo está centrada no relacionamento (Duffy, 2013). O cuidado é um modo de nos relacionarmos em que ajudamos o outro a crescer e a se realizar, compreende desenvolvimento e crescimento de uma confiança mútua motivando uma transformação no relacionamento (Silva, Sanches & Carvalho, 2007b). Ao longo da vida, através dos vários relacionamentos, os indivíduos vivem, trabalham e morrem e assim enriquecem, evoluem e avançam (Duffy, 2013).

O cuidar em enfermagem centraliza-se nos relacionamentos, compreendendo as interações humanas assentes num processo de cuidado terapêutico que agrega o trabalho físico (fazer), a interação (estar com) e a relação (conhecer) (Venturi et al., 2009).

O tempo do enfermeiro despendido no relacionamento é valorizado e quando se verifica uma manutenção do relacionamento no cuidado, este é beneficiado (Duffy et al., 2007).

O modelo considera a pessoa como um ser multicontextual aliado a um mundo maior, dito pluralista, com o qual estabelece uma relação de interdependência (Duffy & Hoskins, 2003). Isso é evidente nos serviços de cuidados de saúde nos quais enfermeiros, clientes, famílias e outros profissionais de saúde trabalham em conjunto para que ocorram mudanças efetivas na saúde da comunidade (Duffy & Hoskins, 2003).

Este modelo (Anexo I) envolve 3 componentes principais, são eles: estrutura, processo e resultados, que foram determinados através dos principais conceitos da Teoria do Cuidado Humano (Duffy & Hoskins, 2003). A estrutura corresponde ao passado causal da Teoria do Cuidado Humano de Watson e ao conceito de pessoa, concentrando-se nas características dos provedores de cuidados à saúde, clientes/famílias e o sistema de cuidados à saúde (Duffy & Hoskins, 2003).

O processo contempla os relacionamentos de cuidado, nos quais se destaca: os relacionamentos independentes característicos da disciplina de Enfermagem (correspondendo à interação com o cliente e família, em que o enfermeiro é o único responsável e atua autonomamente; como por exemplo o controlo da dor) e os relacionamentos colaborativos/multidisciplinares (incluem atividades e responsabilidades compartilhadas com outros elementos da equipa de cuidados de saúde; como por exemplo a preparação de terapêutica) (Duffy & Hoskins, 2003; Venturi et al., 2009).

A conjugação destes dois tipos de relacionamentos caracteriza a maioria do cuidado de Enfermagem (Duffy & Hoskins, 2003). O enfermeiro assume um papel importante de relacionamento entre o doente e a equipa multidisciplinar (Duffy & Hoskins, 2003).

Por último, o resultado corresponde ao futuro, distinguindo-se dois tipos: os resultados intermediários, caracterizados por uma mudança no comportamento (é o “sentir-se

cuidado”) podendo ou não influenciar os resultados finais; e os resultados finais, que afetam o futuro e estão associados à qualidade de vida, custos, variáveis específicas das doenças e satisfação com o tratamento (Duffy & Hoskins, 2003).

Os resultados intermediários compreendem metas nos planos de cuidados, podendo abranger sentimentos no decorrer do processo clínico (Duffy & Hoskins, 2003). Assim, os resultados intermediários caracterizam-se pela diminuição da ansiedade, aumento do conhecimento, aderência ao tratamento ou detecção precoce de sintomas pertinentes (Venturi et al., 2009).

Os resultados finais caracterizam-se pelo aumento da qualidade de vida, diminuição de readmissão hospitalar, satisfação com o cuidado e diminuição de custos (Duffy & Hoskins, 2003).

Duffy e Hoskins (2003) destacam, ainda, que os resultados são dinâmicos pelo que podem ser aprimorados continuamente.

Os três componentes do Modelo Qualidade-Cuidado© não representam uma cadeia linear de eventos, mas são em função do tempo e das circunstâncias (Duffy & Hoskins, 2003). Este modelo descreve também diversos fatores inter-relacionados que influenciam os três componentes centrais procurando continuamente a excelência do cuidado (Duffy & Hoskins, 2003).

O principal objetivo do Modelo Qualidade-Cuidado© é analisar a prática profissional de enfermagem, cujos propósitos são: orientar essa prática, reafirmar o trabalho invisível da enfermagem, descrever as conexões conceitual-teórico-empíricas entre a qualidade do cuidado e o cuidado humano, e propor uma agenda de pesquisa para evidenciar o valor da profissão (Venturi et al., 2009). Uma prática fundamentada na evidência permitirá revelar a realidade do trabalho e valores da Enfermagem, proporcionando um desenvolvimento da ciência do cuidado (Duffy & Hoskins, 2003).

Na formação base, o enfermeiro é ensinado a executar, ajudar os outros, ensinar e a fornecer respostas (Duffy, 2013). No entanto, o constante ruído de fundo, as interrupções e a sobreposição de prioridades são situações de stress que promovem erros e, inclusivamente, prejudicam a saúde dos profissionais de saúde (Duffy, 2013). Com a prática mecânica das tarefas e a falta de consciência, o desenvolvimento pessoal do profissional é prejudicado e não proporciona relacionamentos com o doente e família (Duffy, 2013). A tomada de consciência dos profissionais de saúde deste ambiente de trabalho poderá contribuir para um aumento da concentração nas necessidades do doente,

permitindo a utilização de melhores evidências para a melhoria da qualidade do cuidado (Duffy, 2013).

1.3. O Erro em Saúde

Foi no final da década de 90 que se manifestou a preocupação de investir nesta problemática com o surgimento do livro “To Err Is Human”, onde aborda estudos efetuados em hospitais americanos (Kohn, Corrington & Donaldson, 2000; Wegner et al., 2017).

Fragata e Martins (2008) referem, ao analisar alguns estudos, que os erros de medicação são uma das grandes falhas existente em contexto hospitalar, levando a maiores gastos e tempo de internamento.

A expressão “errar é humano” foi muitas vezes empregada para desculpar o erro, mas o erro está intrínseco no ser humano que desenvolve qualquer tipo de atividade e acaba por ser infalível a sua ocorrência (Fragata 2006; Fragata 2011). Contudo, na natureza humana também é uma característica intrínseca desenvolver e descobrir soluções de forma a reduzir a possibilidade de ocorrência de um erro (Kohn et al., 2000; Rosa & Perini, 2003).

Para Fragata (2011), o erro define-se como um “Desvio de um resultado em relação a um plano pré-estabelecido ou o uso de um plano errado para atingir um dado objetivo que por isso não se consegue. O erro pressupõe que tenha havido plano prévio e que o erro tenha sido involuntário” (p. 22).

Reasson (2008) explica que o erro resulta de uma falha numa cadeia estruturada de atividades físicas ou mentais, sendo que essas falhas são intencionais. Assim, percebemos que o erro tem uma conotação negativa, pois está associado a falhas, e remete a sentimentos negativos (Fragata, 2006). Gök e Sari (2017) referem que permanece sentimentos de culpa e vergonha, daí os profissionais de saúde tentarem ocultar o erro com medo, também, de represálias, pois estes não são preparados para lidar com possíveis erros durante a sua formação base.

No fundo, estamos sempre à procura do culpado quando se verifica um erro, todavia estes acontecem muitas vezes por diversos fatores, que envolvem os recursos disponíveis, presença de normas e regulamentos, carga horária de trabalho, as condições ambientais e os equipamentos envolvidos (Kohn et al., 2000; Rosa & Perini, 2003). Já Fragata e Martins (2008) referiam que o erro era analisado acabando por culpar a pessoa que o tinha cometido, como se desagregássemos a pessoa e o meio envolvente em que o erro acontece.

Acusar a pessoa que errou é mais fácil do que entender toda a dinâmica envolvente de determinado erro (Fragata & Martins, 2008). No entanto, essa conduta é incapaz de prevenir novos erros, pois não evita que outros profissionais voltem a cometer o mesmo tipo de erro dado que não existe mudança na “cadeia” que originou o mesmo (Rosa & Perini, 2003; Fragata & Martins, 2008). Assim, é fundamental olharmos para o mesmo como uma oportunidade de melhoria (Fragata & Martins, 2008) em vez de fomentarmos uma cultura punitiva (Álvares, 2005). Tal como refere Abreu, Rodrigues e Paixão (2013), deve ser potencializado uma cultura não punitiva nas instituições de saúde e que os profissionais de saúde percebam a importância de notificar os erros, especialmente os de medicação, pois “começa a ser encarada (...) como uma estratégia preventiva e de planeamento de cuidados de forma a antecipar os riscos” (p. 64). O erro não significa mau profissionalismo, mas sim algo falível do ser humano que está envolvido numa instituição de saúde onde é um meio propício para o cometer (Rosa & Perini, 2003; Grou, Cassiani, Filho, & Opitz, 2004). Por isso, o intuito é percebermos como e porque aconteceu o erro, sendo fundamental para a prevenção (Álvares, 2005).

Reason (2000) explica duas abordagens diferentes de como o erro humano pode ser visto: uma abordagem pessoal e uma abordagem do sistema. A primeira, o autor refere que está diretamente ligada aos profissionais que estão envolvidos na ação, ou seja, que trabalham no final da linha (Reason, 2000). Como a principal causa do erro é a falha humana, este é imputado somente à pessoa que o cometeu, sendo a forma mais fácil de solucionar o problema (Reason, 2000). A segunda, o autor refere que não está apenas ligado à pessoa, mas também ao sistema que envolve a mesma, referindo que os erros não são vistos como causas, mas como consequências (Reason, 2000). Assim, torna-se essencial identificar como e porque o sistema falhou (Néri, Oliveira, Rodrigues, Medeiros, & Fonteles, 2006), tal como já foi referido anteriormente, promovendo um sistema seguro e uma cultura de segurança. Em suma, a combinação das duas abordagens proporcionará o sucesso da gestão do erro clínico (Carneiro, 2010).

Reason (2000) explica, através da “teoria do queijo suíço”, os acidentes em sistemas de organizações complexas. Ele refere que as instituições dispõem de inúmeras barreiras de defesa que contêm falhas, comparando às fatias de queijo suíço pelos vários orifícios (Reason, 2000). Descreve que os acidentes não acontecem se houver orifícios isolados nas barreiras defensivas, no entanto se estes se alinharem por algum motivo, facilita uma trajetória de oportunidades para que se sucedam (Reason, 2000).

Efetivamente, os erros humanos acabam por ser frequentes na prestação de cuidados de saúde, sendo mais evidentes em meio hospitalar pelo avanço tecnológico, desmotivação, delegação de cuidados sem supervisão adequada, rácio inadequado de pessoal, sobrecarga de turnos e más condições de trabalho (Carvalho & Vieira, 2002; Lima, Leventhal & Fernandes, 2008; Beccaria, Pereira, Contrin, Lobo, & Trajano, 2009). Realmente, um dos aspetos a ter em consideração é o rácio enfermeiro/doente, porque acaba por ser impossível proporcionar cuidados seguros sem existir dotações seguras (ICN, 2006).

Para uma maior segurança de todos aqueles que necessitam de cuidados de saúde, e simultaneamente, pelo respeito da dignidade do exercício da atividade profissional dos enfermeiros, todas as organizações prestadoras de cuidados de saúde devem assegurar a dotação adequada de enfermeiros, com as adequadas competências (OE, 2014). A dotação segura em enfermagem contribui para uma prática segura e “refere-se ao número de enfermeiros em quantidade e experiência necessária para fazer face às necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem” (Freitas & Parreira, 2013, p. 177). A implementação de dotações seguras não significa um aumento de despesa, sendo um investimento que terá um retorno garantido (OE, 2014).

Fragata (2006) compara a figura de um enorme iceberg com os erros de um sistema de saúde, porque apenas os erros que têm consequências mais graves é que são notificados, estando os restantes (a maioria) abaixo da linha de água.

Para que tenhamos instituições de saúde isentas de erro, torna-se imprescindível conhecer, antecipar e prevenir o erro (Ribas, 2010). Se, eventualmente, estes ocorrerem precisamos de analisar de forma detalhada, indo à raiz do problema, sendo cada vez mais importante notificar, para debater e partilhar ideias de forma a aprendermos com os erros (Ribas, 2010).

A abordagem sistémica dos erros e a “teoria do queijo suíço” vieram corroborar que o surgimento desses erros são uma mais-valia na melhoria da segurança da prestação de cuidados, proporcionando ganhos em saúde com cuidados de excelência (Fragata, 2011).

Segundo Fragata e Martins (2008), os erros que abrangem a medicação podem ser prevenidos e muitas vezes evitados. Estes podem levar a internamentos mais prolongados, muitas vezes associados a morbilidades e mortalidades nos serviços de saúde, o que leva a um aumento de custos (Bohomol & Ramos, 2007).

1.3.1 Erro de medicação nos cuidados à criança

Constatou-se que os erros de medicação foram o tipo de erros que mais se destacaram na área da saúde, sobretudo em contexto hospitalar (Cassiani, 2005).

Ao analisarmos esta temática percebemos que o papel do enfermeiro é de extrema relevância dado que a segurança do doente engloba todas as vertentes da prestação de cuidados, principalmente no âmbito da medicação, daí ser pertinente a redução do risco associado ao erro de medicação através de estratégias de prevenção, principalmente em contexto pediátrico sendo particularmente preocupante (PNAE, 2012).

National Patient Safety Agency (NPSA), citada por PNAE (2012), define o erro de medicação como “qualquer evento evitável que pode causar ou levar a um uso inadequado de medicação ou a dano no utente, embora no controle do profissional de saúde ou utente” (p. 2).

Medicamentos com aspeto e nomes parecidos (LookAlike e SoundAlike) são um dos motivos mais comuns de erro de medicação (World Health Organization [WHO], 2007).

Segundo a National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), citado por Diz e Gomes (2008), o Erro de Medicação é

“qualquer incidente prevenível que pode causar dano ao paciente ou dar lugar à utilização inapropriada dos medicamentos, quando estes estão sob controlo dos profissionais de saúde, do paciente ou consumidor. Estes incidentes podem estar relacionados com as práticas profissionais, com os produtos, com os procedimentos ou com os sistemas, e incluem as falhas na prescrição, comunicação, etiquetação, embalagem, denominação, preparação, dispensação, distribuição, educação, seguimento e utilização dos medicamentos” (p. 6).

Existem vários tipos de erros de medicação, pelo que NCCMERP (2001), publicou uma “taxonomia” de erros de medicação, criando uma linguagem uniforme. Os tipos de erros enumerados foram: o erro de prescrição, erro de dispensa, erro por omissão, erro de horário, erro de administração de medicamento não autorizado, erro de dose, erro de apresentação, erro de preparação, erro de administração, erro com medicamento deteriorado, erro de monitorização, erro por incumprimento do doente ou família e outros tipos de erros que não estão descritos nas categorias descritas anteriormente (NCCMERP, 2001).

Em meio hospitalar, o processo de administração do medicamento é um procedimento complexo por envolver um conjunto de intervenções interligadas e interdependentes (Vianna et al., 2004). Assim foram definidas cinco etapas essenciais para praticar uma

gestão segura do medicamento, são elas: seleção e obtenção do medicamento (Equipa Multidisciplinar), prescrição (Médico), preparação e distribuição (Farmacêutico), preparação e administração (Enfermeiro) e monitorização (Médico e Enfermeiro) (Joint Commission Internacional [JCI], 2011).

O erro de medicação pode ocorrer em qualquer etapa de todo o processo de administração do medicamento, tanto ao nível do armazenamento, da prescrição, da transcrição, da administração e da monitorização (Miasso & Cassiani, 2000; Vianna et al., 2004; Silva, Silva, Gobbo, & Miasso, 2007c; Wachter, 2010; Fragata, 2011; NCCMERP, 2021a). Nesse sentido, qualquer profissional que esteja envolvido neste processo pode cometer erros, sejam eles farmacêuticos, médicos, enfermeiros, etc (Miasso & Cassiani, 2000; Vianna et al., 2004; Silva, Cassiani, Miasso, & Opitz, 2007a; Santana, Sousa, Soares, & Avelino, 2012).

Fragata e Martins (2008) referem que numa situação de erro, a responsabilidade recai sempre ou quase sempre sobre quem intervém no final da cadeia da prestação de cuidados e que contacta diretamente com o doente e não às falhas do sistema ou a qualquer outra pessoa que interfira nesta cadeia. No entanto, Bohomol e Ramos (2007) vieram reforçar que “o erro de medicação é uma questão multiprofissional e as circunstâncias que o envolvem são multifatoriais, não se limitando apenas a uma categoria profissional” (p. 35) e por isso deve ser analisado de forma sistémica (Silva, Passos & Carvalho, 2012). Os trabalhadores da linha da frente que se relacionam mais de perto e durante mais tempo com o doente são os médicos e os enfermeiros e por isso são mais suscetíveis de cometerem erros dada a complexidade e diversidade de intervenções/procedimentos (Wachter, 2010). No entanto, quem permanece diariamente durante 24 horas seguidas junto do doente é o enfermeiro e, é ele, quem assume um papel crucial na segurança dos cuidados, pois auferir conhecimentos específicos que lhe garante competências habilitadas a assegurar cuidados individuais e isentos de riscos e danos para o doente e sua família (Fernandes & Queirós, 2011; Castilho & Parreira, 2012; Bezerra, Queiroz, Weber, & Paranaguá, 2012). O processo de administração da terapêutica é uma responsabilidade da prática de enfermagem, pelo que estes profissionais são responsáveis por garantir a segurança do doente, detetando erros durante a etapa de prescrição ou na distribuição realizada pelas farmácias, impedindo que estes atinjam o doente (Antonucci & Porcella, 2014).

O REPE veio reforçar isso mesmo, referindo que os enfermeiros “Procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os

conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (OE, 2011b, p. 2; OE, 2011c, p. 1; OE 2019, p. 1) e “Participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos” (OE, 2015, p. 103).

Deste modo, como os principais agentes que participam na preparação e administração da terapêutica, que é a etapa final do processo, são os enfermeiros (PNAE, 2012), muitos dos erros cometidos e não identificados no início ou no meio desta cadeia acabam por ser imputados aos mesmos. Para minimizar os erros, PNAE (2012) destaca “seis certos” da administração de medicamentos: administrar o medicamento certo, ao doente certo, na dose certa, no momento certo, através da via certa e com o registo certo. Sales, Quintão e Teixeira (2018) abordam 9 “certos”: Medicamento certo, Hora certa, Dose certa, Via certa, Doente certo, Registo certo, Preparação certa, Conhecimento certo e Educação certa. Todavia, a confirmação dos “nove certos” não garante isenção dos erros de medicação, mas essa atitude contribui para a segurança e a qualidade dos cuidados prestados durante a administração medicamentosa (Elliott & Liu, 2010).

O erro de medicação é qualquer tipo de erro que seja provocado durante o processo de utilização do medicamento (Leape, 2000; Fragata 2011) e pode causar danos/eventos adversos (Fragata, 2011). Fragata (2011) define como eventos adversos “ocorrências indesejáveis que causaram dano, por atos cometidos ou por uma qualquer omissão” (p. 24), ou não causar danos em que o autor define como *near miss* esclarecendo como uma “situação que só não produziu danos porque se verificou uma recuperação ativa, baseada na atuação humana e/ou no sistema da organização, que permitiram recuperar uma trajetória certa de acidente, fazendo abortá-la, sem consequências” (p. 24).

Os eventos adversos quando relacionados com Medicamentos podem-se segmentar em evitáveis (aquele que é consequência de um erro de medicação, acabando por levar ao erro e dano) ou não evitáveis (há utilização correta do medicamento, contudo origina dano para o doente por ocorrer uma reação adversa ao medicamento) (Fragata, 2011).

Em Pediatria, a maioria dos erros clínicos evitáveis são os erros de medicação, mais especificamente a prescrição e a administração dos mesmos (PNAE, 2012); sendo que não apresentam uma única causa, havendo diversos fatores contributivos para o erro (NCCMERP, 2001). A NCCMERP (2001) evidencia como fatores contributivos para os erros de medicação: a falta de comunicação, tanto verbal como escrita; confusão com o nome do medicamento; rotulagem errada ou confusa; condições do ser humano; embalagens semelhantes; fatores relacionados com o equipamento como por exemplo os

medidores da medicação oral; iluminação inadequada; muito barulho no local de preparação da medicação; interrupções e distrações frequentes; inexperiência do profissional; falta de disponibilidade dos profissionais de saúde; uma grande rotatividade dos mesmos, existindo contratações sem qualificações; políticas e procedimentos da organização.

A administração da medicação é relatada pela JCI (2011) como “um processo para verificar se a medicação está correta, de acordo com a prescrição” (p. 130). Em meio hospitalar, esta fase exige a aplicabilidade de conhecimentos técnicos e científicos de forma a fundamentar as intervenções do enfermeiro (Souza, Carvalho, Chianca, Freitas, & Ricaldoni, 2000; Filho & Cassiani, 2004; Lopes, Chaves & Jorge, 2006; Catela, 2008; Franco, Ribeiro, D’Innocenzo, & Barros, 2010).

O erro de administração é um conjunto de falhas, tais como: associação de medicamentos física ou quimicamente incompatíveis; administração de medicamento prescrito incorretamente; administração do medicamento por via diferente da prescrita; administração do medicamento com ritmo de infusão incorreto; problemas nos equipamentos ou acessórios para infusão (NCCMERP, 2001).

Walsh et al. (2005) referem que “os erros de medicação potencialmente causadores de prejuízo podem ser três vezes mais comuns na população pediátrica do que nos adultos” (p.698).

Nesta população há a necessidade de realizar cálculos de posologias baseados no peso, idade e no problema de saúde da criança, levando a um aumento do risco de ocorrência de erro de medicação por registos incorretos do peso da criança e pela imaturidade de experiência de alguns profissionais, principalmente na execução de cálculos aritméticos (Ghaleb & Wong, 2006). Outra causa potenciadora de erro corresponde ao facto de a maioria dos medicamentos apresentarem posologias para adultos e, desta forma, exige a manipulação dos mesmos pelos enfermeiros ou farmacêuticos (Ghaleb & Wong, 2006). A manipulação dos medicamentos promove imprecisões e desconhecimento relativamente à estabilidade e biodisponibilidade do medicamento, que pode originar a administração de doses tóxicas ou subterapêuticas, aumentando o risco de erro (Richey et al., 2013).

A JCI (2011) considera as crianças como pacientes de alto risco por “não poderem responder por si próprios, não compreenderem o processo de cuidado e não serem capazes de participar das decisões sobre seu cuidado” (p. 102). Assim, o erro de medicação é mais penoso nas crianças mais pequenas pela imaturidade fisiológica, pelo desenvolvimento das funções renais, hepáticas e imunitárias e por não terem capacidade de comunicar qualquer

provável alteração de efeitos adversos (Ghaleb & Wong, 2006; Broussard, 2010; Harada, Chanes, Kusahara, & Pedreira, 2012; Antonucci & Porcella, 2014).

Carvalho (2006), menciona que os cuidados intensivos neonatais e pediátricos têm maior probabilidade de ocorrência de erros de medicação, dada as suas particularidades envolventes, pois existe um grande número de intervenções e, por sua vez, de medicação pela complexidade crítica do doente, bem como a ocorrência de situações de emergência por serem inesperadas.

PNAE (2012) refere que a prevenção do erro implica o envolvimento de todos, sendo fundamental como primeiro passo, reconhecer que acontece demasiadas vezes, e criar “uma nova mentalidade, mudança de práticas operativas e educação contínua” (p. 1).

Para Fragata (2011), deve-se de imediato comunicar a ocorrência de um erro, de forma a que seja estudado os mecanismos de como ocorreu e perceber a sua incidência, mas essencialmente para se poder adotar medidas preventivas de forma a impedir a sua repetição. É fundamental haver um clima de confiança entre os profissionais de saúde para que ocorra a comunicação de erros e assim se possa retirar estratégias corretivas pela análise dos erros reportados (Dalmolin & Goldim, 2013). No entanto, ainda está muito vinculado uma cultura punitiva que incorpora um moralismo auto-derrotista centrado no carácter imperfeito dos prestadores de cuidados, em vez do desenvolvimento pessoal e profissional obtido pelo conhecimento adquirido pela prática (Benner et al., 2002). Álvares (2005) acrescenta que o importante não é saber quem errou, mas como e porque aconteceu, lembrando que os erros devem ser apontados como falhas do sistema e não falhas pessoais.

Por conseguinte, os enfermeiros não estão capacitados para lidar com o erro, pelos sentimentos que isso acarreta, como o medo, a vergonha, dúvidas das suas competências, e pelo julgamento dos outros, quer seja pelos profissionais de saúde que trabalham com o próprio quer seja pela instituição onde exerce funções (Carvalho & Vieira, 2002; Santos, Silva, Munari, & Miasso, 2007).

Numa perspetiva deontológica, havendo o dever da veracidade, é importante a comunicação ao doente e/ou família aquando a ocorrência de erro, sendo que um pedido de desculpas genuíno pelo profissional de saúde poderá ajudar psicologicamente o doente e/ou família e o próprio profissional (Dalmolin & Goldim, 2013).

A comunicação/notificação do erro revela a responsabilidade do enfermeiro em tomar uma atitude perante os danos provocados no doente e, simultaneamente, aprender com os erros transformando-os em estratégias para evitar novos erros, assegurando a qualidade dos

cuidados prestados (Carvalho & Vieira, 2002; Santos et al., 2007; Almeida, Abreu, & Mendes, 2010; Coli, Anjos, & Pereira, 2010; Roque & Melo, 2010).

1.3.2 Prevenção do erro de medicação nos cuidados de enfermagem à criança

Ao longo dos anos, a Enfermagem tem evoluído na sua complexidade e dignificação do seu exercício, e na sua formação base, permitindo o reconhecimento do papel do enfermeiro na comunidade científica de saúde e, simultaneamente, na qualidade dos cuidados de saúde prestados (Decreto-Lei 161/96 de 4 de Setembro com alterações pelo Decreto-Lei 104/98 de 21 de Abril). Assim, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) refere que a Enfermagem:

“...é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (Decreto-Lei 161/96 de 4 de Setembro com alterações pelo Decreto-Lei 104/98 de 21 de Abril, artigo 4º, 1º)

O REPE refere ainda que o Enfermeiro:

“...é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.” (Decreto-Lei 161/96 de 4 de Setembro com alterações pelo Decreto-Lei 104/98 de 21 de Abril, artigo 4º, 2º)

Na alteração realizada ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros em 2015 foram sugeridos alguns títulos de Enfermeiro Especialista, destacando-se o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro).

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) presta “(...) cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança” (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho, p. 19192). Assim, o EESIP é responsável pela prestação de cuidados ao binómio criança/família e trabalha em parceria com ambas nos diferentes contextos em que se encontrem (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho).

A filosofia dos cuidados em Enfermagem pediátrica é apoiada pelos cuidados centrados na família e pelos cuidados não traumáticos (Hockenberry & Barrera, 2014). Desta forma, o EESIP deve prestar cuidados respeitando estes princípios, mas, também, aplicando as teorias de enfermagem de forma a atingir cuidados de excelência. Estas orientam a prática permitindo a fundamentação da tomada de decisão (Chicória, 2013).

A área temática, transversal a todo o percurso formativo, foi a promoção de um ambiente seguro para a criança, jovem e família através da promoção da prevenção do erro de medicação nos diferentes contextos clínicos.

Em Pediatria, a maioria dos profissionais admite apresentar um défice de conhecimentos relativamente ao uso seguro de medicamentos (Toruner & Uysal, 2012). Alves (2009) identificou que em algumas situações de erro, os enfermeiros não analisam essa ocorrência como tal, sendo que o erro no horário é aquele que salientam com mais frequência.

Alguns autores realçam a formação como estratégia de prevenção do erro de medicação na população pediátrica (Larsen, Parker, Cash, O'Connell & Grant, 2005; Bradley, Dewitt, Kucharski & Toole, 2011; Rocha et al., 2018). No estudo de Larsen et al. (2005) realçam programas padronizados de educação de funcionários com avaliação baseada em cenários.

Bradley et al. (2011) referem que a implementação da reeducação dos profissionais origina mudanças de práticas de forma a diminuir a probabilidade de eventos indesejáveis.

A utilização das novas tecnologias que incluem sistemas informatizados para prescrição e administração de medicamentos com código de barras é outra estratégia que ajuda a identificar erros de medicação (Bradley et al., 2011; Grissinger, 2017).

A dupla verificação, em que dois enfermeiros verificam a medicação preferencialmente de forma independente anteriormente à administração, tem sido considerada uma estratégia preventiva na redução de erros na administração da medicação, por ser considerada a “última barreira” antes do erro causar dano ao doente (Sales et al., 2018).

A PNAE (2012) realça a importância da redução das interrupções e distrações no processo de medicação, mencionando a utilização de uma “jaqueta vermelha” (p.3) durante a preparação e administração de medicação.

O envolvimento da família na prestação de cuidados, também, foi considerado uma estratégia importante na prevenção e redução do erro, pois Rishoej et al. (2018) apresentaram

os pais como uma barreira na ocorrência do erro por alertarem os profissionais para desvios na medicação, sendo que a maioria dos pais já se encontrava familiarizado com a

medicação administrada ao filho. Porém, os participantes do estudo consideraram que os pais não deveriam ser responsabilizados (Rishoej et al., 2018).

Rocha et al. (2018) mencionam, também, a importância da implementação de sistemas de notificação de erros como uma estratégia para promover um ambiente positivo e valorizar a segurança do doente. Cabral, Oliveira e Cavalcante (2012) referem que como é um sistema que permite descrever as circunstâncias do erro, favorece as descobertas das dificuldades da equipa levando à aquisição de estratégias de ensino e aprendizagem.

PNAE (2012) acrescenta, ainda, como outra estratégia na prevenção do erro a implementação de um registo nacional dos efeitos dos medicamentos.

Outra medida que foi sustentada por Pawluk et al. (2016) foi a presença de farmacêuticos hospitalares como profissionais importantes na deteção precoce do erro em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais.

Várias organizações internacionais, tal como a NCCMERP (2021b), destacam ainda: a comunicação objetiva entre os elementos que lidam no processo de administração de medicação; a capacitação dos doentes sobre a medicação e o conhecimento de possíveis alergias do doente; a padronização da prescrição médica, sem uso de abreviaturas; a uniformização da arrumação dos fármacos nos carros de urgência em todo o hospital; a segregação dos medicamentos de alto risco e a utilização de sinalética adequada; a adoção de um sistema de unidose na distribuição dos medicamentos; a preparação apenas de uma medicação e não todas em simultâneo; e a elaboração de programas de prescrição de medicação, com sistema de segurança para as doses tóxicas.

Assim, segundo a OE (Regulamento 190/2015, de 23 de abril, p. 10089), o enfermeiro precisa de criar e manter “(...) um ambiente de cuidados seguros, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco” e assegurar “(...) a segurança da administração de substâncias terapêuticas”.

1.4. Estratégias para prevenir o erro na administração da terapêutica na unidade de cuidados intensivos neonatais: uma revisão *scoping*

Os Enfermeiros são os profissionais de saúde que observam as respostas dos seus clientes à saúde e à doença, pelo que devem dar o seu contributo na área da investigação (Hockenberry & Barrera, 2014). Se os enfermeiros recorrerem, na sua prática, a uma abordagem baseada na evidência, demonstrarão que usam informação adequada para

basear as suas decisões e avaliam a sua prática sabendo se os resultados que estão a ser avaliados são adequados e aceites (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012).

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), a Prática Baseada na Evidência (PBE) é definida como um “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do utente no contexto do cuidar” (p.10). Assim, a prática de enfermagem baseada na evidência proporciona uma abordagem consciente para a tomada de decisão, que permite o recurso ao pensamento crítico com base no conhecimento existente (Hockenberry & Barrera, 2014).

Com a vasta produção científica existente na atualidade, a revisão da literatura torna-se uma ferramenta essencial na identificação da evidência científica, cujo objetivo é resumir o estado da arte num campo específico para apoiar a tomada de decisão numa dada intervenção ou cuidado (Vilelas, 2017).

Dos vários tipos de revisão da literatura destaca-se a revisão *scoping*, em que consiste em mapear a evidência científica existente. Esta permite que os investigadores identifiquem lacunas, tendo como objetivo incluir trabalhos importantes (literatura cinzenta) e, conseqüentemente, aprofundar os dados encontrados e do modo como se relacionam (Vilelas, 2017).

Após várias pesquisas, a temática da promoção de estratégias para prevenção da ocorrência de erro de medicação em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais foi considerada importante por ainda existir poucos estudos a abordar o tema e por ser uma área em ascensão e de extrema importância. Assim, realizou-se uma revisão sobre o tema de forma a dar resposta à seguinte pergunta: ***“Quais as estratégias para prevenir o erro na administração da medicação na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)?”***.

A metodologia utilizada foi a revisão *scoping*, seguindo o protocolo de revisão The Joanna Briggs Institute (JBI, 2020).

No subcapítulo anterior foi realizado o enquadramento da temática de forma a, de seguida, apresentar sucintamente a revisão *scoping* elaborada.

Os objetivos, critérios de inclusão e metodologia desta revisão foram discriminados e documentados no protocolo elaborado. A revisão *scoping* completa poderá ser consultada no Apêndice I.

- **Objetivo**

Mapear o conhecimento científico sobre as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para prevenir o erro de medicação na fase da administração em UCIN.

- **Critérios de Inclusão**

Teve como critérios de inclusão os estabelecidos pela mnemónica PCC. Desta forma, foram considerados todos os estudos que englobam os Enfermeiros, independentemente do grau académico e categoria, que prestem cuidados diretos ao recém-nascido em unidades de cuidados intensivos neonatais (participantes), que abordam as estratégias usadas para prevenir o erro na fase de administração da medicação (conceito), e em contexto de prestação de cuidados em unidades de cuidados intensivos neonatais (contexto).

Relativamente ao tipo de fontes foi considerado estudos primários e secundários, de natureza qualitativa ou quantitativa, publicados em português e inglês, estudos sem limitações geográficas e culturais, à exceção de artigos de opinião. E não houve limitação quanto à data de publicação.

- **Estratégia de Pesquisa**

Foi realizada uma estratégia de pesquisa em três etapas como recomendado pelo Protocolo The Joanna Briggs Institute (JBI, 2020). Primeiramente, foi realizada uma pesquisa inicial limitada às bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) para identificar as palavras-chave contidas nos títulos e resumos, bem como os termos indexados.

Na segunda etapa foi realizada uma pesquisa utilizando os descritores e operadores booleanos selecionados. Os termos indexados/descriptores MeSH (Medical Subject Headings) e DeCS (Descritores em ciências da Saúde) que foram utilizados: medication errors, neonatal nursing, patient safety e Intensive care units, neonatal. A prioridade de cada descritor na pesquisa booleana foi a seguinte: (MH “Medication Errors” OR “prevention strategies”) AND MH “Patient safety” AND (MH “Neonatal Nursing” OR MH “Intensive care units, neonatal”).

Por último, foi realizado uma pesquisa com base nas referências bibliográficas dos artigos incluídos.

Como limitadores foram definidos os artigos de texto completo e idioma em inglês e português.

- **Extração de Dados**

Os dados foram extraídos, tal como refere no JBI (2020), através de um instrumento/tabela de extração de dados, de forma a dar resposta ao objetivo e questão de revisão.

- **Apresentação de Resultados**

A apresentação dos resultados é apresentada com base no fluxograma PRISMA (Fig. 1), com base na equação de pesquisa e com os critérios limitadores definidos. Foram obtidos 63 artigos nas bases de dados científicas e 6 artigos na literatura cinzenta.

Destes, ficaram 31 artigos para leitura integral, tendo sido excluídos os restantes por leitura do título e resumo ou por duplicação dos mesmos entre as bases de dados. Após a leitura integral, foram incluídos apenas os artigos que respondessem à questão de revisão compreendendo os critérios de inclusão, obtendo um total de 8 artigos utilizados nesta revisão.

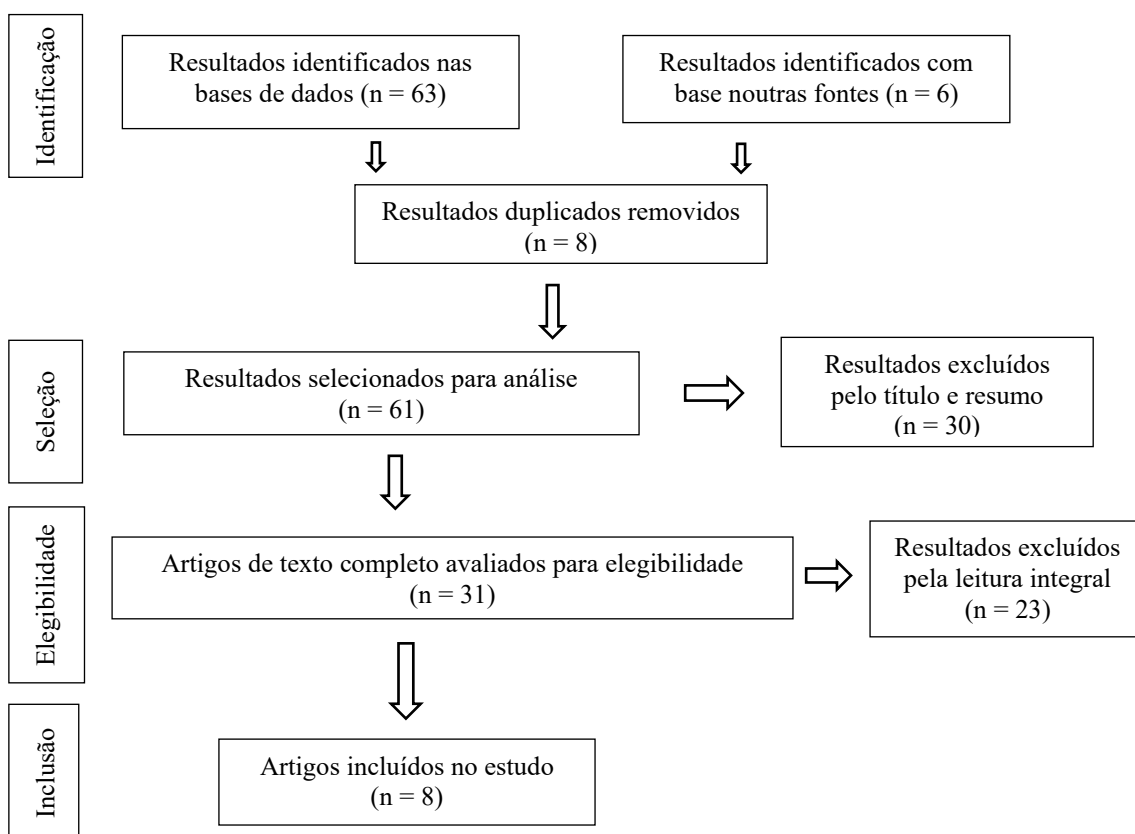


Figura 1 - Fluxograma Prisma, adaptado à metodologia de Joanna Briggs Institute (JBI, 2020)

Dos resultados obtidos foram várias as estratégias mencionadas em diversos estudos, dando resposta ao objetivo da revisão *scoping*, que passo a citar na discussão da mesma.

- **Discussão**

A administração segura do medicamento é uma preocupação dos enfermeiros, que consideram importante uma educação permanente da equipa (Rocha et al., 2018). O erro de medicação é o tipo de erro mais comum numa UCIN, verificando-se oito vezes mais que em adultos (Bradley et al., 2011). Esta situação sucede pela mudança constante de peso corporal do neonato, pelo uso de medicamentos off-label, pela existência de diferentes concentrações de medicamentos em stock, pela incapacidade de o neonato comunicar e pelas mudanças fisiológicas nesta faixa etária que afeta a absorção, distribuição e excreção do fármaco (Bradley et al., 2011).

Os erros podem ocorrer em qualquer fase do processo de administração do medicamento, que inclui a prescrição, o pedido, a transcrição, a dispensa e a administração (Santesteban, Arenas & Campino, 2015).

A particularidade desta faixa etária prende-se pelas dosagens muito baixas de medicação, podendo ocorrer erros nos cálculos milimétricos (Rocha et al., 2018). Os enfermeiros têm de ser cautelosos com a diluição do medicamento, o ritmo de perfusão e o volume a administrar (Rocha et al., 2018).

A falta de comunicação ou a ausência de reconhecimento da importância do trabalho em equipa da equipa multidisciplinar também foi mencionado como um fator de possibilidade de ocorrência de erro (Campino, Lopez-Herrera, Lopez-de-Heredia, & Valls-i-Soler, 2009).

Para evitar ou minimizar o erro de medicação, os artigos incluídos no estudo realçam algumas estratégias, tais como:

- ✓ cumprir os cinco certos recomendados - nome e unidade da criança, nome do medicamento, dose, diluição e a hora (Bradley et al., 2011; Rocha et al., 2018);
- ✓ a dupla verificação independente (Bradley et al., 2011; Rishoej et al., 2018);
- ✓ identificar os medicamentos com rótulos personalizados, aquando a preparação (Larsen et al., 2005; Rocha et al., 2018);
- ✓ colocar os medicamentos de cada criança numa única bandeja (Rocha et al., 2018);
- ✓ nunca colocar uma seringa com medicação oral protegida com uma agulha (Rocha et al., 2018);
- ✓ o recurso à utilização de bombas de perfusão, para garantir a administração da dose correta (Larsen et al., 2005; Chedoe et al., 2007; Bradley et al., 2011; Matti, Nguyen, Mosel, & Grzeskowiak, 2018; Rocha et al., 2018);
- ✓ ter os medicamentos com rótulos idênticos separados (Rocha et al., 2018);

- ✓ a existência de medicação pronta a usar, para situações de emergência (Rishoej et al., 2018);
- ✓ o uso de checklists de procedimentos (Rocha et al., 2018);
- ✓ a utilização de leitor de código de barras para administrar os medicamentos (Bradley et al., 2011; Rishoej et al., 2018);
- ✓ a existência de sistemas informáticos de prescrição (Chedoe et al., 2007; Campino et al., 2009; Bradley et al., 2011; Matti et al., 2018; Rishoej et al., 2018);
- ✓ a verificação das prescrições pelos farmacêuticos do hospital (Bradley et al., 2011; Matti et al., 2018);
- ✓ formação profissional (Larsen et al., 2005; Campino et al., 2009; Bradley et al., 2011; Santesteban et al., 2015; Rishoej et al., 2018; Rocha et al., 2018);
- ✓ envolvimento dos pais como parceiros de cuidados (Rishoej et al., 2018; Rocha et al., 2018);
- ✓ o trabalho em equipa (Campino et al., 2009; Rishoej et al., 2018);
- ✓ a existência de um sistema de notificação de eventos adversos/erros nas unidades (Bradley et al., 2011; Santesteban et al., 2015; Rocha et al., 2018).

A ausência de erros de medicação evitará eventos iatrogénicos indesejados em neonatologia (Santesteban et al., 2015), sendo que o uso de novas tecnologias neste contexto permitirá aos profissionais de saúde proporcionar cuidados mais seguros (Larsen et al., 2005). Contudo, é necessário que se verifique uma mudança na cultura das instituições relativamente ao reporte de erro e auditorias (Santesteban et al., 2015).

• Conclusão

O erro de medicação em Unidades de cuidados Intensivos Neonatais é uma preocupação dos enfermeiros, dada a vulnerabilidade acrescida dos neonatos. Esses, quando estão internados nessas unidades, estão fisiologicamente instáveis, para além de que não são capazes de comunicar possíveis eventos adversos e, dessa forma, é imprescindível otimizar e implementar estratégias de melhoria. Assim, os enfermeiros desempenham um papel de extrema importância na prevenção e diminuição da ocorrência de erros de medicação, pois são parte integrante dos seus cuidados.

A realização da dupla verificação da medicação, a utilização de prescrição eletrónica, de bombas inteligentes de perfusão de medicação, de um sistema de código de barras e o suporte de farmacêuticos nas unidades, são estratégias essenciais para prevenir o erro na administração da medicação. A parceria de cuidados com os pais poderá ser outro fator

importante, pela familiarização que vão adquirindo com o tratamento do seu filho. Dada a importância da adoção de estratégias, nos vários artigos analisados, sobre o erro de medicação, denota-se a necessidade da realização de mais estudos na área de neonatologia pelo impacto que ocorre nestes seres mais vulneráveis.

Em suma, dado o avanço tecnológico e científico e, conseqüentemente, uma maior complexidade de cuidados prestados a estes recém-nascidos, manifesta-se a necessidade de haver uma procura constante de conhecimentos, levando a melhores práticas de enfermagem e, conseqüentemente, a prestar cuidados de qualidade.

Ao analisarmos o erro estamos a promover o desenvolvimento de estratégias que previnam a ocorrência de mais erros, tal como foram identificadas na revisão *scoping* realizada (Apêndice I). A realização desta foi benéfica para a transferência da teoria para a prática em contexto de estágio. De salientar que foi realizado um poster desta revisão *scoping* (Apêndice II), do qual participei como coautora (Anexo II), tendo sido apresentado no 3º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, cumprindo assim um dos critérios descritos no guia orientador da unidade curricular Estágio e Relatório (Universidade Católica Portuguesa, 2017). Esse poster foi uma mais valia e que me proporcionou uma oportunidade única de aquisição de competências no meu caminho formativo. Essa aquisição e desenvolvimento de competências refere-se às Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro), bem como do perfil de Competências dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho), e também às competências de mestre (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro; Universidade Católica Portuguesa, 2017).

2. PERCURSO FORMATIVO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro (p. 4744), o Enfermeiro Especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”. Independentemente da sua área de especialidade, este partilha de uma variedade de domínios de competências comuns, que são a “responsabilidade profissional, ética e legal”; a “melhoria contínua da qualidade”; a “gestão dos cuidados”; e o “desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, p. 4745).

Um dos princípios destacados por Benner (2005) é a experiência, sendo basilar para o desenvolvimento de competências. Isto é, o enfermeiro aprende a focar aquilo que é relevante na situação e a retirar significado disso através da experiência (Benner, 2005).

Oliveira e Queirós (2015) referem que a competência dos enfermeiros pode estar correlacionada com a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes relativamente à escassez global de profissionais qualificados.

Os enfermeiros desenvolvem competências e boas práticas consoante os objetivos da sua práxis (Benner, 2005). Benner (2005) confirmou que os enfermeiros que estão na prática têm maior consciência da complexidade e da perícia exigida nos cuidados prestados. A autora esclarece que o profissional de saúde passa por cinco níveis de experiência ou níveis de aquisição e desenvolvimento de competências, evoluindo gradualmente. Esses níveis de experiência são: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito.

Benner considera que a experiência em enfermagem nos oferece a "proficiência" que acaba por ser a fusão entre conhecimento teórico e prático. Isto é, com a aquisição de experiência do enfermeiro, o conhecimento teórico funde-se com o conhecimento adquirido na prática, obtendo-se um conhecimento clínico. Assim, o enfermeiro ao realizar uma análise das experiências vivenciadas, aprende a tomar consciência das suas ações conseguindo estruturar e priorizar as suas intervenções adequadamente (Benner, 2005).

Em enfermagem, o domínio de competências abrange um conjunto diversificado, verificando-se no caso do enfermeiro especialista a distinção de competências comuns e

competências específicas (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro). Nesse sentido, a atribuição do título de especialista prevê que todos os enfermeiros especialistas “(...) partilhem um conjunto de competências comuns aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (...)” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, p. 4744), “(...) demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados (...)” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, p. 4745). Além disso, o enfermeiro especialista deverá ser detentor de competências específicas “(...) decorrentes das respostas humanas aos processos da 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” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, p. 4745).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica presta “cuidados de nível avançado com segurança, competência e satisfação” à criança e sua família, promovendo o desenvolvimento das competências da criança/jovem através da maximização da sua saúde, da promoção da vinculação e do seu crescimento e desenvolvimento, e responsabiliza-se pela parceria de cuidados e mobilização dos recursos de suporte à família (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho, p. 19192).

O percurso formativo foi realizado com base numa análise reflexiva, no sentido de tomar consciência do que foi vivenciado nos diversos contextos de estágio que favoreceram a aquisição de competências e, portanto, num crescimento pessoal e profissional, através da elaboração inicial dos projetos de estágio com os objetivos específicos traçados. Seguidamente aos projetos foi utilizada a metodologia do portfólio reflexivo (Sá-Chaves, 2009) no decorrer de cada estágio, tendo sido realizada uma análise dos objetivos específicos estabelecidos para cada contexto, das estratégias planeadas e das atividades realizadas.

Já Macedo (2011), citando Alarcão e Tavares e Espiney, referia que os estágios proporcionavam “experiências significativas e exemplificativas da realidade, no sentido de se promoverem as competências necessárias ao desempenho autónomo e eficaz (...)” (p. 11). Acrescenta, ainda, que se “pretende ser um campo de experiências onde convivem crenças e valores enraizados no essencial da disciplina, a aplicação de conhecimentos e o exercício de um juízo clínico, conduzindo a uma intervenção refletida” (Macedo 2011, p. 11).

Essa aquisição de competências foi com base no perfil das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e no perfil de

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho). Igualmente respeitando as competências de mestre descritas no Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro.

Neste capítulo, será apresentada uma breve caracterização do serviço e da equipa em cada contexto, seguido de um diagnóstico situacional, objetivos específicos, atividades desenvolvidas e descritas as competências adquiridas.

Como objetivo geral referente a todos os estágios, definiu-se:

- Desenvolver competências de EESIP na prestação de cuidados nos diversos contextos da prática com enfoque na promoção da qualidade e segurança dos mesmos.

No processo de cuidar em saúde infantil e pediatria temos três elementos integrantes e interligados, são eles a criança, os pais/família e o enfermeiro. Inevitavelmente não se dissociam e foi dessa forma que foram planeadas e desenvolvidas as atividades facilitando o desenvolvimento de competências específicas basilares para uma prestação de cuidados seguros e de qualidade. Neste sentido, durante este longo caminho, mas muito enriquecedor, procurou-se ganhar conhecimentos junto dos enfermeiros especialistas de saúde infantil e pediátrica no processo de cuidar e observar as estratégias utilizadas relativas à prevenção do erro de medicação.

O conhecimento de diferentes realidades profissionais é enriquecedor para o crescimento profissional e proporcionará uma aprendizagem, permitindo que os cuidados sejam melhorados e com maior qualidade, havendo ganhos em saúde.

2.1. Contexto de Internamento de Pediatria

O primeiro contexto de estágio decorreu num serviço de Internamento de Pediatria do hospital onde exerço funções.

A equipa de Enfermagem é composta por 13 enfermeiros, sendo 6 EESIP. O serviço de Internamento de Pediatria admite crianças e jovens até aos 18 anos, sendo composto por 14 vagas que estão divididas por cores. Cada cor equivale a uma fase de desenvolvimento cognitivo:

- 1 Quarto Amarelo: 1 cama para crianças até aos 3 anos;
- 2 Quartos Rosa: 1 quarto com 2 camas e outro com 1 cama para crianças até aos 12 meses;
- 2 Quartos Laranja: 3 camas em cada quarto para recém-nascidos de termo/pré-termo;

- 2 Quartos Verde: 1 cama em cada quarto para crianças em idade pré-escolar;
- 2 Quartos Vermelhos: 1 cama em cada quarto para crianças em idade escolar/adolescentes;

O serviço tem, também, um quarto onde contém monitorização de vídeo de Eletroencefalografia (EEG), designado por Sala de Neurologia Pediátrica com uma sala anexa de apoio. Este serviço é um centro de referência da Epilepsia refratária, tendo sido por esse motivo submetido a um processo de acreditação em Abril de 2019. Neste sentido, já foram implementadas diversas estratégias para potenciar a segurança do doente. No entanto, ainda há muito a desenvolver no domínio do erro de medicação e da segurança do doente por ser uma área muito embrionária.

Este serviço é, também, constituído por uma unidade que funciona em regime de hospital de dia, que atende várias crianças/jovens em regime de ambulatório que não necessitam de internamento.

Durante o internamento, os pais podem acompanhar os seus filhos (apenas uma pessoa significativa por criança e que apresente teste de COVID-19 negativo), pois todos os quartos dispõem de todas as condições para que estes permaneçam durante a noite. O serviço permite também a disponibilização de uma casa de banho exclusiva para os pais para poderem realizar a sua higiene pessoal sempre que permanecerem junto dos seus filhos.

Além do que foi referido anteriormente, o serviço é, ainda, composto por uma sala de tratamentos para realização de procedimentos invasivos (evitando assim que a criança associe os procedimentos dolorosos ao quarto), uma sala de amamentação onde é feita a extração de leite materno e duas salas de atividades adequadas ao grupo etário das crianças com diversos brinquedos e atividades lúdicas e educativas.

Os cuidados têm em consideração a família como indissociável da criança/jovem, promovendo a sua participação nos mesmos, respeitando os seus direitos e escolhas, e criando relações de confiança, capazes de promover a capacitação e empoderamento dos pais (Nelas et al., 2015). Contudo, tem havido uma grande adaptação do serviço nesta fase pandémica de COVID-19 que condicionou a participação da família nos cuidados, sendo restrita apenas a um elemento de referência. Esta parceria de cuidados acaba por ser fundamental na promoção de cuidados seguros e de qualidade, pois, segundo Hockenberry e Barrera (2014), os enfermeiros reconhecem como ponto forte dos pais a experiência em cuidarem dos seus próprios filhos. Assim sendo, o cuidado especializado em crianças está subentendido a inclusão dos pais, o trabalhar com comportamentos, atitudes, valores e

crenças específicas de cada família, tornando esta, também, o centro do nosso plano de cuidados individualizado e personalizado. Por isso, cabe ao profissional de saúde estabelecer uma relação terapêutica com os pais através de uma parceria contínua e diária de cuidados.

Este estágio permitiu-me cimentar capacidades e habilidades que haviam sido adquiridas ao longo do Mestrado em Enfermagem e possibilitou-me adquirir novos conhecimentos e tomar consciência das minhas necessidades e do serviço para atingir os objetivos a que me propus com sucesso.

O meu percurso neste contexto de estágio recaiu essencialmente em perceber o acompanhamento e o seguimento dos bebés transferidos da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, onde exerço funções, e a aquisição de conhecimentos e competências na área da segurança do doente, sendo de extrema relevância em pediatria, visto ser um serviço acreditado.

A minha primeira semana de estágio foi reservada para a integração na equipa multidisciplinar, principalmente na equipa de enfermagem, e compreender a organização e dinâmica do serviço, bem como colaborar na prestação de cuidados com o objetivo de encontrar possíveis necessidades a desenvolver no âmbito da segurança da criança. Desde o início, a equipa manifestou estar sensível à temática, verbalizado ser de extrema importância no mundo da pediatria e, sendo a grande maioria da equipa muito jovem e com cerca de 3 anos de experiência profissional, consideraram ser pertinente para o serviço em questão.

Após uma análise reflexiva com a Enfermeira Orientadora e a Enfermeira Chefe do serviço, foi identificado algumas necessidades da equipa e facilmente identifiquei, de acordo com as minhas necessidades de aprendizagem, os objetivos a traçar.

Perante essas necessidades e com o intuito de desenvolver competências específicas de EESIP, traçaram-se os seguintes objetivos específicos:

- **Implementar estratégias para a diminuição da ocorrência do erro de medicação no cuidar das crianças/jovens no internamento de pediatria**

A segurança do doente é uma questão de elevada importância, sendo fulcral nos cuidados de saúde, pois é um dos pilares da qualidade dos cuidados em saúde (ANA, 2002).

O erro de medicação pode ser cometido nas diversas fases de administração da terapêutica e por diversos profissionais envolvidos (Leape, 2000), sendo que é mais comum em pediatria do que em adultos (Walsh et al., 2005).

Segundo as Associações de Enfermagem Pediátrica da Europa (PNAE, 2012), os erros de medicação decorrem nas várias etapas do processo entre o momento da prescrição até ao momento da administração, onde prevalece as falhas ativas e as condições latentes. As falhas ativas estão associadas a erros no cálculo das doses, ao desconhecimento dos profissionais e ao não seguimento dos protocolos e as condições latentes está relacionado com a inexperiência, fadiga pessoal e equipamentos desadequados (PNAE, 2012).

Em crianças hospitalizadas, esta temática é preocupante tornando-se urgente trabalhá-la para definir estratégias de intervenção para a redução dos erros. Segundo Ghaleb e Wong (2006), o facto de haver necessidade de realizar cálculos de posologias baseados no peso, idade e situação de saúde da criança, leva a um aumento do risco de ocorrência de erro de medicação, devido a registos incorretos do peso da criança e a imaturidade de experiência de alguns profissionais, principalmente na execução de cálculos aritméticos. Outra causa potenciadora de erro corresponde ao facto de a maioria dos medicamentos apresentarem posologias para adultos e, desta forma, exige a manipulação destes pelos enfermeiros ou farmacêuticos (Ghaleb & Wong, 2006).

O erro de medicação pode se tornar mais penoso nas crianças mais pequenas pela imaturidade fisiológica e por não terem capacidade de comunicar qualquer alteração de efeitos adversos (Ghaleb & Wong, 2006; Broussard, 2010; Harada et al., 2012; Antonucci & Porcella, 2014). E, sendo assim, torna-se importante o envolvimento de todos os profissionais em todo o processo para a prevenção do erro de medicação em pediatria. Ainda assim, o enfermeiro tem um papel vital na prevenção do erro, pois deve garantir que o medicamento certo leva a uma resposta certa, assegurando todos os certos da medicação de forma a aumentar a probabilidade de segurança do doente (Elliott & Liu, 2010).

A Association National Safety Pediatrics (ANSP, 2007) realça que a notificação do erro de medicação sendo voluntária é a essência de qualquer estratégia para melhorarmos a segurança dos cuidados e esta deve ser incentivada. A dupla verificação da medicação é uma estratégia adotada em muitos hospitais para a prevenção do erro em pediatria, sendo importante a redução das interrupções e distrações no processo de preparação da medicação (Sales et al., 2018).

As atividades realizadas no âmbito da Unidade Curricular “A Saúde da Criança e Família – Vigilância e Decisão Clínica” que decorreu numa Unidade de Neonatologia foram uma mais valia para adquirir competências para a realização deste estágio. Dessas atividades destaco a realização de uma norma sobre a dupla verificação (Apêndice IV), uma norma

sobre assegurar o ambiente seguro (Apêndice V) e o projeto de reformulação do carro de terapêutica (Apêndice VI).

Assim, com base no conhecimento adquirido anteriormente e para sumarizar o conhecimento adquirido no cumprimento deste objetivo realizou-se uma Norma sobre a Dupla Verificação da terapêutica (Apêndice VII). Esta norma irá ser um suporte de apoio para a Equipa de Enfermagem em que foi incluído um fluxograma de fácil interpretação para que todos os profissionais de Enfermagem cumpram todos os passos durante a realização da dupla verificação, facilitando cuidados seguros e de qualidade à criança. Os objetivos desta norma consistiam em uniformizar os procedimentos de enfermagem através da implementação da Técnica de Dupla Verificação na administração de medicação, prevenir erros de medicação e incidentes junto das crianças, uniformizar os registos da dupla verificação na administração da medicação e aumentar a segurança do medicamento e a da criança. A responsabilidade dos erros de medicação durante a fase de preparação e administração recai no Enfermeiro e, nesse sentido, a dupla verificação independente da medicação é utilizada como uma estratégia para reduzir uma possível ocorrência de erro, pois são necessários dois enfermeiros para confirmarem de forma independente a prescrição, a dosagem, o doente, a preparação, a hora e a via de administração antes de administrarem o fármaco (Sales et al., 2018).

Com a concretização desta atividade foram desenvolvidas competências comuns de enfermeiro especialista, tais como identificar “oportunidades de melhoria” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, p. 4747) e selecionar “estratégias de melhoria” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, p. 4747).

Após a elaboração da Norma foi realizada uma sessão formativa (Apêndice VIII) à equipa de enfermagem, dado que qualquer alteração no serviço deve ser explicada à mesma. O objetivo da formação foi, também, partilhar alguns conceitos sobre esta temática a pedido da Enfermeira Chefe do serviço e por verificar ao longo do estágio que a maioria da equipa apresentava algumas dificuldades sobre este tema. Na sessão formativa estiveram presentes 7 elementos, 5 enfermeiros e 2 alunas da Licenciatura de enfermagem. Todos os presentes mostraram interesse no tema abordado na sessão formativa e houve uma partilha de experiências que acabou por enriquecer a formação. Com essa partilha e a análise dos inquéritos de avaliação obtidos pelos elementos presentes na sessão formativa refletiu-se que foi promovido o desenvolvimento da responsabilidade de “...ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, p. 4749).

Sendo uma área extremamente importante no cuidado à criança e ainda desconhecida em muitas vertentes e desafiante, foi identificada a necessidade de alcançar competências na prestação de cuidados especializados à criança incluído os pais ou pessoa significativa e, desse modo, surgiu o segundo objetivo específico.

- **Prestar cuidados especializados de forma a contribuir para a inclusão dos pais/pessoa significativa na promoção da segurança dos cuidados aos seus filhos**

Segundo a regulamentação da Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem como competência prestar cuidados à criança/família (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho, p. 19192). Assim sendo, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica “trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa em qualquer contexto em que ela se encontre” (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho, p. 19192).

Este estágio demonstrou ser um grande desafio, pois é um contexto de prestação de cuidados muito diferente do qual eu desempenho as minhas funções. Cuidar de crianças que já nos conseguem transmitir o que sentem, já conseguem verbalizar os seus medos, que conseguem interagir de uma forma positiva ou negativa e, até, contribuir e participar com as suas decisões nos tratamentos tornou-se bastante desafiante e enriquecedor enquanto profissional e futura Enfermeira Especialista, mas também a nível pessoal. No entanto, possibilitou alcançar competências que outrora não as tinha adquirido, bem como demonstrar “(...) conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem (...)” (Regulamento 422/2018, de 12 de julho, p. 19194), facilitar “(...) a comunicação expressiva de emoções” (Regulamento 422/2018, de 12 de julho, p. 19194) e reforçar “(...) a tomada de decisão responsável” (Regulamento 422/2018, de 12 de julho, p. 19194).

O Modelo Qualidade-Cuidado© de Duffy e Hoskins destaca os relacionamentos de cuidado na componente do processo (Duffy & Hoskins, 2003), tendo-se evidenciado os relacionamentos independentes no cuidado à criança e jovem neste estágio e também os relacionamentos colaborativos aquando a preparação de medicação.

Perante este objetivo específico realizei uma análise reflexiva (Apêndice IX) de modo a explorar o impacto da ausência dos pais durante o internamento da criança pela situação pandémica que estamos a vivenciar e a importância de promover a inclusão dos pais nos nossos cuidados por meio do referencial Ciclo de Gibbs (Gibbs, 2013).

A pandemia de COVID-19 veio revolucionar os cuidados de saúde, acabando por nos obrigar a reinventar e a adequar os nossos cuidados face às circunstâncias. Mas, não tem sido assim tão linear, havendo altos e baixos na reestruturação dos cuidados.

Para atingir este objetivo, considerei pertinente a realização de um cartaz informativo (Apêndice X) para afixar no corredor do serviço de Internamento de Pediatria intitulado por “Uso Seguro do Medicamento em Pediatria”, tendo sido elaborado para informar os pais da diferença entre o nome farmacológico e o nome comercial de forma a diminuir o erro ou a troca do medicamento em casa, da importância da adesão terapêutica e dos cuidados a ter com a medicação. Neste sentido, foi também desenvolvida uma tabela para o enfermeiro preencher com a medicação que a criança terá de fazer no domicílio (Apêndice XI), com respetivas indicações/observações, dosagens e horários para que os pais tenham um suporte do que foi ensinado durante o internamento e, assim, diminuir o risco de ocorrência de erro, sempre com vista à promoção da segurança dos cuidados. Com a realização destas atividades pretendeu-se alcançar resultados intermediários, através da mudança de comportamento para se obter resultados finais que implicassem uma qualidade de vida (Duffy & Hoskins, 2003).

Este objetivo permitiu adquirir inúmeras competências de Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, das quais se destaca a implementação em parceria de “(...) um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Regulamento 422/2018, de 12 de julho, p. 19193).

2.2. Contexto de Cuidados de Saúde Primários

Este segundo estágio, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, decorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF) pertencente a um Agrupamento de Centro de Saúde (ACES), que está constituído por 24 unidades funcionais (Serviço Nacional de Saúde, 2017).

Esta USF teve início em agosto de 2019 e tem cerca de 2880 utentes inscritos, dos quais 76 com idade inferior a 1 ano de vida, 382 com idades entre 1 e os 4 anos, 384 inscritos entre os 5 e os 9 anos, 129 entre os 10 e os 14 anos e 94 inscritos dos 15 aos 17 anos, sendo 1065 o número total de crianças e jovens inscritos (dados recolhidos do sistema informático pelo administrativo do serviço).

Esta USF recebe a população de refugiados pela existência de um protocolo com o Conselho Português para os Refugiados (CPR).

A USF presta cuidados de saúde primários à população da sua área de influência, assegurando a qualidade e continuidade dos mesmos. É uma unidade que se identifica pelo trabalho em equipa multidisciplinar, adotando uma filosofia de prestação de cuidados do Enfermeiro de Família, assim como é abordado no Decreto-Lei nº 118/2014, de 5 de Agosto.

Nesta USF desempenham funções 7 médicos e 6 Enfermeiros (tendo uma Enfermeira sido destacada temporariamente para outra unidade), sendo 3 EESIP e 1 EE (Enfermeiro Especialista) de Médico-cirúrgica e 1 EE em Enfermagem Comunitária.

Dada a conjuntura que estamos a vivenciar da COVID-19, este estágio recaiu principalmente no acompanhamento da Enfermeira Orientadora nas consultas de saúde infantil e juvenil em que se guiava pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (Direção-Geral da Saúde, 2013). As Consultas de Saúde Infantil e Juvenil estão organizadas de acordo com as idades chave referidas no PNSIJ (Direção-Geral da Saúde, 2013), sendo estas realizadas em conjunto entre o enfermeiro e o médico de família. O Enfermeiro de Família é responsável, também, pelo cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (Direção-Geral da Saúde, 2020), em conformidade com a Norma 018/2020 de 27/09/2020.

Durante a primeira semana de estágio verificou-se a integração na equipa de enfermagem e, conseqüentemente, na equipa multidisciplinar com enfoque na organização e funcionamento da USF. Assim, foi possível identificar algumas necessidades que foram corroboradas pela Enfermeira Orientadora e por entrevistas informais à restante equipa de Enfermagem, levando à solidificação de um diagnóstico de situação consoante a minha área de interesse. Por conseguinte, levou à definição de dois objetivos específicos que dessem resposta aos meus requisitos formativos e que assumissem ganhos em saúde para a população abrangida por esta USF e, igualmente, para a equipa multidisciplinar da Unidade.

Perante o diagnóstico situacional e com o intuito de desenvolver competências específicas de EESIP e competências de mestre, traçou-se os seguintes objetivos específicos:

- **Contribuir para a sistematização das práticas de atuação da equipa de enfermagem na abordagem à criança em situação de reação anafilática após vacinação**

As consultas de Enfermagem de saúde infantil e juvenil e, conseqüentemente, a realização e verificação do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV) são realizadas por

todos os enfermeiros, segundo a metodologia do Enfermeiro de Família (Decreto-Lei nº 118/2014, de 5 de agosto).

Sendo uma USF recente, que teve início em Agosto de 2019, e uma vez que vivenciou um contexto de pandemia estando a equipa de enfermagem muito sobrecarregada, constatou-se que não havia um documento de suporte organizativo da prestação de cuidados no âmbito das consultas de Saúde Infantil e, conseqüentemente, documentação de suporte para atuar em caso de uma reação anafilática após a vacinação no âmbito do Programa Nacional de Vacinação.

O Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho salienta que a atuação do EESIP ocorre “na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias (...) bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente” (p. 19192).

Após reflexão crítica que me levou a este objetivo, desenvolvi competências comuns de enfermeiro especialista, tais como identificar “oportunidades de melhoria” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, p. 4747) e, desta forma, selecionar “estratégias de melhoria” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, p. 4747). Para isso, foi necessário recorrer a “evidência científica e normas necessárias” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, p. 4747) para uma prática de qualidade. Assim, realizaram-se as seguintes atividades de modo a cumprir o objetivo planeado: elaboração de um fluxograma de atuação numa reação anafilática após a vacinação (Apêndice XII) para afixar na sala de vacinação em tamanho A3 e outro para afixar no carro de reanimação em tamanho A4 de fácil acesso; e realização de uma sessão formativa sobre a abordagem à criança em situação de reação anafilática após vacinação à equipa multidisciplinar (Apêndice XIII). Segundo Mendes, Clara, Oliveira e Gonçalves (2020), há pais que demonstram relutância em vacinar seus próprios filhos por acreditarem que a vacinação é uma ameaça para a saúde dos mesmos, apontando possíveis efeitos adversos da vacina como mais graves que a própria doença. Neste sentido, o facto de haver uma preparação da equipa e os pais perceberem que a mesma está preparada para atuar em caso de necessidade, transmite segurança e confiança aos mesmos.

Dessa forma, estas atividades possibilitaram participar na organização da unidade, reconhecendo a importância do trabalho em equipa em situações de maior complexidade.

O fluxograma irá ser um suporte de apoio para a Equipa de Enfermagem, sendo de fácil interpretação para que todos os profissionais cumpram os passos preconizados pela Direção-Geral da Saúde, possibilitando cuidados de saúde seguros e de qualidade em

situações de stress e emergência, pois são situações de maior complexidade que raramente são vivenciadas no nosso dia-a-dia profissional. Uma prática fundamentada na evidência proporciona um desenvolvimento da ciência do cuidado (Duffy & Hoskins, 2003).

Esta atividade possibilitou adquirir competências no âmbito de EESIP de modo a cuidar “da criança/jovem (...) nas situações de especial complexidade” (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho, p. 19193), levando a uma mobilização de “conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória” (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho, p. 19193).

Ao longo do desenvolvimento e elaboração do fluxograma foi possível a discussão do mesmo com a minha Enfermeira Orientadora e Enfermeira Chefe e a equipa médica com o intuito de aprimorar o mesmo para que fosse de fácil leitura e compreensível por todos.

Após a elaboração do Fluxograma foi realizada uma sessão formativa à equipa de enfermagem (não foi possível conciliar um dia para a presença da equipa médica), dado que qualquer implementação na unidade familiar deve ser explicada à mesma para que essa atividade seja incrementada por toda a equipa e que os cuidados sejam uniformizados para um bem comum e com qualidade. A sessão teve a presença de 5 Profissionais de Enfermagem e 1 estudante de Enfermagem, o que representa 83% do total de 6 enfermeiros (visto que um elemento foi emprestado a outra unidade). Foi alcançado universalmente uma satisfação positiva relativamente à sessão formativa, sendo possível promover a discussão e reflexão do tema e trocar experiências após a finalização da formação, acabando por ser uma mais valia no crescimento pessoal e profissional de todos os profissionais. Esta atividade permitiu adquirir competências comuns de EE colaborando “na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, p. 4748), cooperando “na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, p. 4748).

Simultaneamente ao cumprimento deste objetivo e ao desenvolvimento das competências para o atingir com sucesso, houve a necessidade de entender a prestação de cuidados de enfermagem especializados durante as consultas de Saúde Infantil e Juvenil e para isso traçou-se o próximo objetivo específico.

- **Prestar cuidados especializados no âmbito da promoção de desenvolvimento da criança contribuindo para a inclusão dos pais na promoção da segurança dos cuidados**

O Enfermeiro da comunidade e especialmente o EESIP tem a enorme e mais importante, mas desafiante e estimulante, tarefa de acompanhar e promover um crescimento e desenvolvimento saudável da criança

No âmbito das Consultas de Saúde Infantil, o EESIP é responsável por prestar cuidados antecipatórios, promovendo a maximização do potencial de “crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento 422/2018, de 12 de Julho, p. 19194).

Ao longo do estágio surgiu a oportunidade de integrar as consultas de saúde infantil e juvenil (embora a Unidade teve de se estruturar devido à pandemia e, dessa forma, as consultas de Saúde Infantil eram apenas um dia por semana), prestando cuidados de maior complexidade à criança/família durante a mesma. Estas permitiram adquirir uma maior consciência do que pode ser o papel do Enfermeiro de Família e da importância que isso implica. O facto da enfermeira já conhecer a família facilita o diálogo e o encaminhamento da consulta e facilita uma relação de maior proximidade e empatia e uma maior ou menor personalização da mesma.

A participação nas consultas permitiu desenvolver competências na avaliação do “(...) crescimento e desenvolvimento infantil” (Regulamento 422/2018, de 12 de Julho, p. 19194) e na divulgação de “(...) orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil” (Regulamento 422/2018, de 12 de Julho, p. 19194), bem como na negociação do “(...) envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN” (Regulamento 422/2018, de 12 de Julho, p. 19194).

No entanto, no decorrer das consultas e após participação em consultas de saúde infantil com uma Enfermeira Especialista de Médico-Cirúrgica surgiu uma dualidade de pensamentos/reflexão importante de analisar: “O encaminhamento das consultas de saúde infantil será mais benéfico realizar-se por uma Enfermeira de Família ou uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica?”. A Enfermeira de família tem a vantagem de conhecer a família e saber as suas fragilidades e, dessa forma, providenciar estratégias para as vencer em parceria com a mesma. Assim, permite despistar determinadas situações para além de que os pais se sentem mais confortáveis e ambientados por conhecerem a Enfermeira que está “responsável” por eles. No entanto, e visto que as unidades de saúde familiar não têm Pediatras, torna-se imprescindível os conhecimentos científicos e avançados de um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, pois têm uma capacidade diferente de gerirem situações de maior complexidade e, por isso, acabam por ser um pilar importante na qualidade e segurança dos cuidados à criança.

As consultas eram estruturadas com base na Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan e os ensinamentos eram realizados no âmbito dos cuidados antecipatórios, tais como alimentação, promoção de hábitos de sono, prevenção de acidentes, padrão de eliminação e o cumprimento do PNV. No entanto, uma “lacuna” identificada, dada a população alvo da USF que abrange uma população com pouca literacia e com uma diversidade de culturas, foi o facto de nas consultas não haver a distribuição de suporte informativo. Assim, revelou-se oportuno desenvolver como atividade a elaboração de folhetos informativos de apoio aos ensinamentos realizados nas Consultas de Saúde Infantil, relativamente à segurança da criança (Apêndice XIV, XV, XVI e XVII). Foi sugerida a tradução desses mesmos folhetos para inglês, sendo uma mais valia dada a multiculturalidade da população abrangente daquela USF, em que a Enfermeira Mestre e Especialista que orientou este estágio se disponibilizou de imediato para o fazer à posteriori.

As consultas de saúde infantil permitiram adquirir competências, demonstrando “(...) habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem” (Regulamento 422/2018, de 12 de Julho, p. 19194) e “relacionar-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura” (Regulamento 422/2018, de 12 de Julho, p. 19194).

Simultaneamente, também cooperei na vacinação com o propósito de facilitar um ambiente terapêutico e seguro sempre com a filosofia dos cuidados centrados na família, pois a sua parceria nos cuidados é uma mais valia nos cuidados à criança, transmitindo-lhe segurança e, dessa forma, promovendo e potenciando a parentalidade (Mendes & Martins, 2012).

2.3. Contexto de Urgência Pediátrica

O último e terceiro contexto de estágio decorreu num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).

O SUP recebe crianças até aos 17 anos e 364 dias com os mais diversos problemas de saúde.

Com a situação atual de pandemia que estamos a vivenciar, foi inevitável que o SUP tivesse de se readaptar para responder às novas exigências e, por isso, foram criados dois circuitos de doentes. Um dos circuitos é de doença não respiratória e o outro de doença respiratória. À chegada de uma criança à urgência é feita primeiramente uma triagem pelo administrativo para definir qual o circuito da criança. Se esta tiver febre, tosse ou

dificuldade respiratória ou se teve contacto com uma pessoa positiva de COVID-19 nos 14 dias anteriores, irá para o circuito de doença respiratória.

Após reajuste de ambos os circuitos, cada um tem uma sala de espera, uma sala de triagem na qual se pode definir novamente o circuito da criança, uma sala de enfermagem ou de tratamentos e gabinetes de observação médica, sendo um para o circuito de doença respiratória, dois para o circuito de doença não respiratória e o quarto gabinete pode ser utilizado para ambos os circuitos, dependendo como estiver a afluência na urgência. Existe apenas uma sala de reanimação que é de fácil acesso em ambos os circuitos.

No caso de haver necessidade de internamento no serviço de observação (SO) ou na unidade de cuidados especiais pediátricos (UCEP), tanto a criança como o cuidador fazem o teste para a Sars-CoV2 e ficam instalados em quartos de isolamento (existem 2 quartos), com antecâmara e pressão negativa, até saberem o resultado. Se forem negativos podem ser transferidos para o Serviço de Internamento de Pediatria ou, então, são mobilizados para a UCEP ou SO. A UCEP e o SO têm no total 6 vagas se estiverem 2 enfermeiros ou 5 vagas se tiver apenas um enfermeiro de serviço.

Sendo o SO ligado à UCEP, recebem crianças vindas do domicílio que não são transferidas para o Serviço de Internamento de Pediatria pela complexidade de cuidados que exigem, tal como crianças sujeitas a procedimentos cirúrgicos para cumprir o período de recobro.

O serviço é constituído, também, por uma sala para os pais e uma sala de enfermagem.

A metodologia de triagem implementada no serviço é o programa de Triagem de Manchester, sendo eficaz para gerar uma avaliação rápida estabelecendo a prioridade de acordo com a gravidade de cada situação.

Este serviço define-se por trabalharem em equipa. A equipa é composta por 25 enfermeiros, sendo 4 Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica e 1 Enfermeiro Especialista de Reabilitação.

A primeira semana de estágio incidiu a integração na equipa multidisciplinar, especialmente na equipa de enfermagem, e permitiu conhecer a dinâmica do serviço. Neste contexto foi possível colaborar na prestação de cuidados seguros e identificar necessidades de intervenção da criança ou jovem e família em situação de especial complexidade. É um serviço que apresenta algum investimento na área da segurança do doente estando atualmente a desenvolver alguns trabalhos, embora ainda numa fase muito embrionária, principalmente no que concerne a temática do erro terapêutico.

Depois de uma análise reflexiva com a Enfermeira Orientadora e a Enfermeira Chefe do serviço, e de acordo com o que a mesma considerou exequível face à pandemia que está a

atravessar nos cuidados de saúde, foram identificadas as necessidades. Perante essas necessidades de forma a potenciar a aquisição de competências específicas de EESIP, definiu-se, de acordo com os princípios inicialmente idealizados, os seguintes objetivos específicos:

- **Implementar estratégias para promover mecanismos formais que garantam a segurança da administração de substâncias terapêuticas**

Os enfermeiros desempenham diversas funções em diversos postos no SUP, sendo este um serviço particularmente “confuso” pela complexidade de situações e intervenções como tende a ter uma urgência. E, por isso, torna-se de extrema relevância a prática e aquisição de estratégias que diminuam o erro de medicação de forma a garantir a segurança da criança.

Os Enfermeiros são membros imprescindíveis na deteção precoce do erro, pois são a última linha de defesa para a prevenção de um potencial erro (PNAE, 2012). Contudo, com o atribulado ambiente envolvente que acarreta uma urgência, nem sempre isso se torna linear e por isso existe uma grande importância na implementação de estratégias e promoção de um ambiente seguro, calmo e humanizado.

Neste serviço, o papel do EESIP é visível pelo dever de gestão da equipa, contribuindo para que sejam prestados cuidados rápidos e seguros resultantes de uma avaliação rápida e adequada da situação (triagem). Neste sentido, o enfermeiro avalia o grau de urgência conduzindo a criança para a zona mais adequada perante a sua situação clínica. É através desse diagnóstico que o enfermeiro afigura as dificuldades da criança e, assim, facilita a mobilização de recursos necessários para uma resposta adequada. Assim, torna-se importante que este primeiro contacto demonstre segurança, pois o enfermeiro é o primeiro profissional a interagir com a criança e os pais. Desta forma, o olhar do EESIP, concomitantemente com a sua experiência e conhecimento científico, é particularmente valorizado neste posto, pois pode fazer a diferença para um correto ou incorreto diagnóstico da situação assegurando a segurança dos cuidados prestados.

Na sala de enfermagem ou de tratamentos são realizados qualquer tipo de procedimentos invasivos como é o caso de uma punção venosa para colocação de cateter endovenoso, colheita de análises ou colheita de urina por algáliação, bem como os que requerem sedação, como a sutura de pequenas feridas. Neste sentido, e para atingir o objetivo inicialmente proposto, realizou-se uma tabela com os fármacos de sedação (Apêndice XVIII) utilizados no serviço com informação importante associada, tal como a via de

administração e observações relevantes do fármaco, para afixar numa parede da mesma sala de forma a ser de fácil acesso para quem prepara essa terapêutica e diminuir, assim, o risco de erro de medicação. No entanto, dada a situação pandémica existente, até ao término do estágio aguardava-se resposta da farmácia com o seu parecer e sugestões de melhoria e, nesse sentido, ainda não foi afixado em placar na sala de enfermagem.

Com esta atividade, foram desenvolvidas competências comuns de enfermeiro especialista, pelo investimento em implementar uma mudança ou identificar “oportunidades de melhoria” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, p. 4747) e selecionar “estratégias de melhoria” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, p. 4747).

Ainda como parte integrante da Urgência Pediátrica, mas com uma valência diferente, existe o SO e a UCEP. Nestas duas valências é realizada uma continuidade dos cuidados iniciados na triagem. As crianças que necessitam de internamento nestas duas valências são crianças mais instáveis e que precisam de uma maior vigilância por parte do enfermeiro. O ambiente das mesmas é muito semelhante ao de uma unidade de cuidados intensivos pela presença de monitores de monitorização cardiorrespiratória e os alarmes provenientes desses, bombas infusoras, toda a medicação que isso acarreta, toda a dinâmica dos profissionais de saúde, entre outras coisas.

O constante ruído de fundo, as interrupções e a sobreposição de prioridades são situações de stress que promovem erros. Além de que, com a prática mecânica das tarefas e a falta de consciência corre-se o risco de não proporcionar relacionamentos com o doente e família. A tomada de consciência dos profissionais de saúde deste ambiente de trabalho contribuirá para um aumento da concentração dos enfermeiros nas necessidades do doente, possibilitando a utilização de melhores evidências para a melhoria da qualidade do cuidado (Duffy, 2013).

Por isso, foi proposto a concretização de uma tabela com a medicação mais usual na urgência pediátrica (Apêndice XIX) e com informação associada, tal como o modo como reconstituir o fármaco e a sua preparação, em tamanho A3, plastificado para colocar junto ao carro de preparação de terapêutica com o intuito de minimizar o erro. Contudo, até ao momento de conclusão do estágio aguardava-se uma resposta por parte da farmácia com as suas sugestões de melhoria, tal como na atividade anterior. Todavia, se eventualmente não fosse possível tão cedo dar continuidade a este trabalho, um grupo do serviço ficou responsável por finalizar esta iniciativa e dar continuidade a este caminho de extrema relevância nos nossos cuidados, como é a segurança do doente e a qualidade dos cuidados.

Com o despertar desta temática, que muitas vezes fica adormecida, ficou planejado que esse grupo iria elaborar e estruturar o dossiê da medicação em que irá constar toda a terapêutica utilizada na Urgência Pediátrica com toda a informação pertinente a respeito da mesma (mais completa que a tabela), sendo um complemento e uma mais valia para a diminuição da ocorrência do erro de medicação por ser de fácil acesso e consulta sempre que surja dúvidas.

- **Prestar cuidados à criança/família em situação de especial complexidade em contexto de urgência pediátrica**

Nesta circunstância específica, como é a de uma urgência pediátrica, o enfermeiro canaliza os seus cuidados (quando existe necessidade de cuidados imediatos) para a criança gravemente doente. Dessa forma, ao colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à criança em todas as suas valências, como a triagem, SO e UCEP, o objetivo acaba por ser atingido e as competências no cuidado acabam por se enraizar. Para cuidarmos de uma criança em situação de especial complexidade, devemos também incluir e cuidar da família ou pessoa significativa, tal como é abordado por Hockenberry e Barrera (2014) na filosofia dos cuidados em que abordam os cuidados centrados na Família e os cuidados não traumáticos. Segundo o Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho, o Enfermeiro EESIP “trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa em qualquer contexto em que ela se encontre” (p. 19192).

Enquanto enfermeiro especialista, e principalmente em Saúde Infantil e Pediátrica, deve-se, sempre, promover o envolvimento da família nos cuidados à criança e, através de um processo de negociação (Nelas et al., 2015), estabelecer quais os cuidados que a mesma pretende prestar, procurando o bem-estar da criança.

Sendo este serviço uma área específica, dinâmica e muito abrangente, é importante proporcionar um cuidado individualizado à criança e família e, por isso, é crucial adotar medidas e estratégias que valorizem e respeitem a vida humana em toda a sua dimensão. Nesta perspetiva, a intervenção do enfermeiro rege-se com o apoiar a família na prestação de cuidados e na tomada de decisões, corroborando a sua individualidade.

Assim, à medida que o internamento decorre, os pais devem participar e assumir de forma crescente o controlo dos cuidados à criança, sendo o papel da equipa de Enfermagem fulcral neste âmbito, através de competências técnicas e científicas, mas também no desenvolvimento de estratégias que possibilitem identificar claramente as necessidades dos

progenitores, para que os cuidados de Enfermagem sejam promotores de transição favorável para a parentalidade (Silva & Carneiro, 2014).

Assim, foi cimentada a consolidação de competências adquiridas nos estágios anteriores, através de “(...) conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família” (Regulamento 422/2018, de 12 de julho, p. 19194), facilitando “(...) a comunicação expressiva de emoções” (Regulamento 422/2018, de 12 de julho, p. 19194) e proporcionando “(...) a tomada de decisão responsável” (Regulamento 422/2018, de 12 de julho, p. 19194). Este estágio auxiliou na compreensão da relevância de uma comunicação assertiva, deliberada e praticada com a criança e a família. A utilização desta, ajuda a família a sentir-se mais capacitada com os cuidados e permite a construção de uma relação de confiança que facilitará o enfermeiro servir enquanto elemento terapêutico (Mueller, 2010).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011a) menciona que “(...) os cuidados de enfermagem implicam o estabelecimento de uma comunicação efetiva, tendo em conta intervenções ao nível dos seguintes domínios de atuação: envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; negociação dos cuidados.” (p. 5).

Perante este objetivo específico e considerando a situação pandémica da COVID-19, foi realizada uma análise reflexiva (Apêndice XX) relativamente à capacitação dos pais na administração de terapêutica inalatória de forma a promover a inclusão dos pais nos cuidados por meio do referencial Ciclo de Gibbs (Gibbs, 2013). Com a pandemia da COVID-19, houve a necessidade de ajustar os circuitos e cuidados na urgência e, nesse sentido, iniciou-se o tratamento de terapêutica inalatória (sendo administrado por câmara expansora a crianças mais pequenas) a qualquer criança que necessitasse de aerossolterapia para tratamento de patologia respiratória. Para que estivéssemos aptos/capazes de capacitar os pais, houve necessidade de realizar formação a esse respeito percebendo-se que havia um défice de conhecimentos por parte dos profissionais. Nesse sentido, um Enfermeiro Especialista de Reabilitação realizou uma formação em dois momentos distintos sobre a terapêutica inalatória e os cuidados inerentes à mesma, tendo a possibilidade de estar presente e poder aplicar na prática esses conhecimentos adquiridos o que se tornou uma mais valia neste percurso académico.

Este percurso formativo contribuiu para adquirir competências profissionais de grau de mestre, destacando-se a aquisição de conhecimentos no contexto de investigação e a

capacidade de compreensão que permitiu a aplicabilidade dos mesmos com a resolução de problemas, bem como a capacidade de comunicar as conclusões (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro; Universidade Católica Portuguesa, 2017).

3. CONCLUSÃO

A aquisição e desenvolvimento de competências como futura Enfermeira Especialista de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica e Mestre foi conseguido com a prática vivenciada nos diferentes contextos de estágio e com a reflexão realizada para a elaboração deste relatório. O percurso desenvolvido ao longo dos estágios, assim como a realização deste relatório, permitiu cimentar competências trabalhadas ao longo da formação teórica do curso. A realidade dos diferentes contextos de estágios permitiu o desenvolvimento dos conhecimentos teóricos adquiridos e a consciencialização das necessidades formativas para alcançar os objetivos pretendidos com sucesso.

Perante as exigências atuais, técnicas e científicas, na procura da melhoria contínua dos cuidados prestados e, conseqüentemente, na qualidade em saúde, surge a necessidade de atualizar os conhecimentos e aperfeiçoar as competências na prática. Assim, é cada vez mais importante a diferenciação e especialização de forma a promover cuidados de excelência.

O EESIP diferencia-se principalmente pelas competências relacionais com a criança e família na prestação de cuidados de qualidade. De forma a sistematizar o dia-a-dia nos contextos dos estágios foi possível analisar criticamente o percurso e postura enquanto futura enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, considerando todos os domínios de competências anteriormente referidos, proporcionando um crescimento profissional e pessoal.

Desde o início houve um planeamento das atividades que desejava realizar e desenvolver de modo a atingir os objetivos propostos e que, apesar das dificuldades em relação à situação pandémica que estamos a vivenciar, estes foram alcançados. Esse planeamento, proporcionou-me refletir sobre as minhas necessidades de aprendizagem, levando à definição de objetivos que permitissem um aumento da aquisição de conhecimentos, tendo em consideração os meus interesses/motivações pessoais.

O desenvolvimento deste relatório envolve um trabalho de parceria entre diferentes profissionais de uma equipa multidisciplinar. Nos diferentes contextos de estágio foram muito recetivos na implementação de medidas/estratégias de forma a prevenir o erro de

medicação e assegurar a segurança da criança e família. No entanto, houve maior dificuldade na concretização total de alguns objetivos como a aprovação das tabelas de medicação realizadas, por os profissionais não estarem tão recetivos psicologicamente devido à pandemia da COVID-19 que vivenciamos e simultaneamente ocupados com outras tarefas resultantes da pandemia. Contudo, essas mudanças são necessárias para o crescimento e desenvolvimento dos profissionais e do serviço. No início dos primeiros estágios foi difícil apresentar projetos/trabalhos pelas regras estabelecidas pelas instituições relativamente às condições de segurança, que limitava o número de pessoas por formação. No último estágio foi notável as barreiras impostas na sugestão de estratégias de mudança a implementar para reduzir ou prevenir o erro de medicação, muito relacionado com a adaptação do serviço à experiência pandémica.

Essas limitações e dificuldades foram convertidas em oportunidades de aprendizagem e crescimento, até mesmo a nível pessoal.

A promoção de estratégias de prevenção do erro de medicação constitui parte integrante dos cuidados de enfermagem e é dever do Enfermeiro e da Instituição potenciar a implementação dessas estratégias.

Refletindo sobre a importância desta temática no desenvolvimento de cuidados de qualidade à criança, foram mapeadas as várias estratégias para prevenir o erro de medicação em contexto de UCIN, através dos resultados da revisão *scoping* elaborada. O desenvolvimento desta, associado com o referencial teórico adotado e todo o percurso formativo, foi uma mais valia na aplicação da teoria para a prática, promovendo o desenvolvimento de competências na área da qualidade e segurança do doente, bem como favorecendo a aquisição e desenvolvimento de competências na área de investigação.

Evidencia-se, ainda, a participação com um poster da revisão *scoping* no 3º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

No futuro fica o desejo de contribuir mais na melhoria da qualidade dos cuidados prestados através de formação em contexto de trabalho e na atualização de conhecimentos através de resultados de investigação, procurando diminuir a distância entre a teoria e a prática no exercício da atividade profissional.

Considera-se importante a promoção e sensibilização dos profissionais de saúde na promoção de um ambiente seguro da criança e família, através da implementação de estratégias de melhoria, principalmente no que concerne o erro de medicação.

Em suma, este relatório prendeu-se com o patentear do percurso formativo, havendo uma consciencialização de uma nova forma de pensar e agir, desenvolvendo conhecimentos e competências que permitiram cuidados de Enfermagem de qualidade à criança e família. Foi muito enriquecedor todas as partilhas e oportunidades de aprendizagem, que através de uma prática crítico-reflexiva e fundamentada, potencializaram e contribuíram para o crescimento e desenvolvimento enquanto futura Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A. P. (2015). *Erro associado à Gestão da Terapêutica pelo Enfermeiro: percepção dos Enfermeiros de um Hospital da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo* (Dissertação de Mestrado, Universidade Superior de Enfermagem de Coimbra).
- Abreu, C., Rodrigues, M. & Paixão, M. (2013). *Erros de medicação reportados pelos enfermeiros da prática clínica*. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 63-68. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1301>
- Almeida, R., Abreu, C., & Mendes, A. (2010). *Quedas em doentes hospitalizados: contributo para uma prática baseada na prevenção*. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, nº2, 163-72.
- Álvares, S. (2005). *Errar é Humano*. *Nascer e Crescer*. 14(2).
- Alves, C. (2009). *Erro de terapêutica em Pediatria: percepção dos enfermeiros* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16196/2/Dissertao%20de%20mestrado.pdf>
- American Nurses Association ([ANA] 2002). *Statement of the American Nurses Association for the Institute of Medicine's Committee on Work Environment for Nurses and Patient Safety*. Washington, DC: ANA, 1-8. Disponível em: http://ojin.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/MediaResources/PressReleases/2006_1/ANAonWorkEnvironment.aspx;
- Antonucci, R. & Porcella, A. (2014). *Preventing medication errors in neonatology: Is it a dream?*. *World J Clin Pediatr*, 3(3), 37-44. Doi:10.5409/wjcp.v3.i3.37
- Associações de Enfermagem Pediátrica da Europa (PNAE, 2012). *Erros de medicação em Neonatologia e Pediatria*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2012/Tomada_Posicao_Erros_PNAE%202012.pdf;
- Association National Safety Pediatrics (ANSP, 2007). *Medication errors in pediatric care: a systematic review of epidemiology and na evaluation of evidence supporting reduction strategy recommendations*. USA: Johns Hopkins Children's Center.

- Ballard, K. (2003). *Patient Safety: A Shared Responsibility*. Online Journal of Issues in Nursing, (8)3.
- Barros, P. (1998). *Qualidade em Cuidados de saúde – Avaliação e melhoria: custos e qualidade*. Encontro Anual da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Lisboa, 1-11.
- Beccaria, L., Pereira, R., Contrin, L., Lobo, S., & Trajano, D. (2009). *Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva*. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 21(3), 276-282. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2009000300007>
- Belela, A., Pedreira, M., & Peterlini, M. (2011). *Erros de medicação em Pediatria*. Revista Brasileira de Enfermagem, 64(3), 563-9.
- Benner, P., Sheets, V., Uris, P., Malloch, K., Schwed, K., & Jamison, D. (2002). *Individual, Practice, and System Causes of Errors in Nursing: a taxonomy*. The Journal of Nursing Administration, 32(10), 509-23. Doi: 10.1097 / 00005110-200210000-00006
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bezerra, A., Queiroz, E., Weber, J., & Paranaguá, T. (2012). *Eventos adversos: indicadores de resultados segundo a percepção de enfermeiros de um hospital centinela*. Enfermería Global. Nº 27, p. 198-209. ISSN 1695-6141
- Bohomol, E. & Ramos, L. (2007). *Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente*. Revista Brasileira de Enfermagem, 60(16), 32-36.
- Bradley, C., Dewitt, E. C., Kucharski, K., & Toole, S. (2011). *Implementing Change in Pediatric Care Practices Based on a Safety Event Reporting System*. Newborn & infant nursing reviews. Doi:10.1053/j.nainr.2010.12.007
- Branco, S. L. (2019). *Erros de Medicação em Pediatria – Estratégias de prevenção adotadas pelos enfermeiros: revisão sistemática da literatura* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu). Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/5476>
- Broussard, L. (2010). *Small Size, big risk: preventing neonatal and pediatric medication errors*. Nursing for Women's Health, 14(5), 405-8. <https://doi.org/10.1111/j.1751-486X.2010.01580.x>

- Cabral, K., Oliveira, P., & Cavalcante, P. (2012). Erros de administração de medicação em pediatria. *Enfermagem Brasil*, 11(3), 172-82. <https://doi.org/10.33233/eb.v11i3.3803>
- Campino, A., Lopez-Herrera, M. C., Lopez-de-Heredia, I., & Valls-i-Soler, A. (2009). *Educational strategy to reduce medication errors in a neonatal intensive care unit*. *Acta Pædiatrica*, 782-85. Doi:10.1111/j.1651-2227.2009.01234.x
- Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. (2010). *PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016 – A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Lisboa. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/Q2.pdf>
- Carneiro, A. (2010). *O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 3-10.
- Carrier-Walker, L. (2010). *Notas sobre Enfermagem: Um Guia para Cuidadores na Atualidade*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Carvalho, M. & Viera, A. (2002). *Erro médico em pacientes hospitalizados*. *Jornal de Pediatria*, 78(4), 261-8.
- Carvalho, W. (2006). Erros de Medicação: Aspectos relativos à prática médica. In M. Harada, M. Pedreira, M. Peterlini, & S. Pereira (Eds), *O erro humano e a segurança do paciente* (2ª ed.) (pp. 123-148). São Paulo: Atheneu.
- Cass, H. (2016). *Reducing paediatric medication error through quality improvement networks; where evidence meets pragmatism*. *Arch Dis Child*, 101(5), 414-6. doi:10.1136/archdischild-2015-309007
- Cassiani, S. (2005). *A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(1) (2005a), 95-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000100019>
- Castilho, A. & Parreira, P. (2012). *Construção e Avaliação das Propriedades psicométricas de uma escala de Eventos Adversos associados às práticas de Enfermagem*. *Revista Investigação em Enfermagem*, II Série, nº1, 59-73.
- Catela, A. (2008). *Erro de medicação nas Unidades de Cuidados Intensivos*. Lisboa, *Enfermagem*, 2ª série, nº 49-50, 18-22.
- Chedoe, I., Molendijk, H., Dittrich, S., Jansman, F., Harting, J., Brouwers, J., & Taxis, K. (2007). *Incidence and Nature of Medication Errors in Neonatal Intensive Care with Strategies to Improve Safety*. *Drug Safety*, 30(6), 503-13.

- Chicória, M. I. G. (2013). *Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=27656&code=210>
- Coli, R., Anjos, M., & Pereira, L. (2010). *Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18(3), 27-33. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300005>
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). *Combater a Desigualdade: Da evidência à ação – Closing the gap: from evidence to action*. Suíça: International Council of Nurses. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- Dalmolin, G., & Goldim, J. (2013). *Erros de medicação em hospitais: considerações a partir da Bioética*. Revista da Associação Médica Brasileira, 59(2), 95-99. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.01.007>
- Decreto-Lei n.º 191/96 de 4 de setembro. Com as alterações introduzidas do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril. *Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Assembleia da República. *Diário da República*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto. Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família. Assembleia da República. *Diário da República*. Série I, n.º 149/2014, de 2014-11-05. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/55076561>
- Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro. Procede à quarta alteração do Decreto-Lei n.º 74/2006. Assembleia da República. *Diário da República*. Série I, n.º 176/2016, de 2016-09-13. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>
- Despacho n.º 14223/2009 de 24 de junho. *Procede à aprovação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde*. Assembleia da República. *Diário da República*. Série II, n.º 120/2009, de 2009-06-24. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/3594950>
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. Lisboa: Autor.

- Diz, E. & Gomes, M. (2008). *Causas de Erros na Medicação*. Revista de Investigação em Enfermagem, 5-14. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2836/1/Causas%20de%20erro%20na%20medica%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press. ISBN 0-19-515809-1
- Duffy, J. R. & Hoskins, L. M. (2003). *The Quality-Caring Model: Blending Dual Paradigms*. Advances in Nursing Science, 26(1), 77-88.
- Duffy, J. R., Baldwin, J., & Mastorovich, M. J. (2007). *Using the Quality-Caring Model to organize patient care delivery*. The Journal of Nursing Administration, 37(12), 546-51.
- Duffy, J. R. (2013). *Quality Caring in nursing and health systems* (2ª ed.). New York: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-1014-5
- Elliott, M. & Liu, Y. (2010). *The nine rights of medication administration: na overview*. British Journal of Nursing, 19(5), 300-5.
- Faria, P. L. (2010). *Perspectivas do Direito da Saúde em Segurança do doente com base na Experiência norte-americana*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 10, 81-88.
- Fernandes, A. & Queirós, P. (2011). *Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses*. Revista de Enfermagem Referência, III Série, nº4, 37-48.
- Filho, P. & Cassiani, S. (2004). *Administração de Medicamentos: Aquisição de Conhecimentos e Habilidades Requeridas por um Grupo de Enfermeiros*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12(3), 533-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000300012>
- Fragata, J. (2006). *Risco clínico: complexidade e performance*. Coimbra: Almedina. ISBN 972-40-2835-6.
- Fragata, J. (2010). *A Segurança dos doentes – Indicador de Qualidade em Saúde*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, nº 26, 564-70.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes – Uma Abordagem Prática*. Lisboa: LIDEL. ISBN 978-972-757-797-2
- Fragata, J. & Martins, L. (2008). *O Erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade* (3ª ed.). Coimbra: Almedina. ISBN 978-972-40-2347-2.

- Franco, J., Ribeiro, G., D’Innocenzo, M., & Barros, B. (2010). *Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos*. Revista Brasileira de Enfermagem, 63(6), 927-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600009>
- Freitas, M. & Parreira, P. (2013). *Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados*. Revista de Enfermagem Referência, 3(10), 171-78. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12125>
- Ghaleb, M. & Wong, I. (2006). *Medication errors in Paediatric patients*. Archives of Disease in Childhood – Education and Practice, 91(1), 20-24. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2005.073379>
- Gibbs G (2013). *Learning by Doing*. Oxford Centre for Staff and Learning Development. Disponível em: <https://thoughtsmostlyaboutlearning.files.wordpress.com/2015/12/learning-by-doinggraham-gibbs.pdf>
- Gök, D. & Sari, H. (2017). *Reporting of medication errors by pediatric nurses*. Journal of Nursing Education and Practice, 7(9), 25-33. <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n9p25>
- Grissinger, M. (2017). *Omission of High-Alert Medications: A Hidden Danger*. American Journal of Nursing, 117(7), 66-70. Doi: 10.1097/01.naj.0000520954.56256.60
- Grou, C., Cassiani, S., Filho, P., & Opitz, S. (2004). *Conhecimento de enfermeiras e técnicos de enfermagem em relação ao preparo e administração de medicamentos*. Einstein, 2(3), 182-6.
- Harada, M., Chanes, D., Kusahara, D., & Pedreira, M. (2012). *Segurança na administração de medicamentos em Pediatria*. Acta Paulista de Enfermagem, 25(4), 639-42.
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). *Perspetivas de Enfermagem Pediátrica*. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academy Press.
- International Council of Nurses (ICN, 2006). *Dotações Seguras, salvam Vidas*. Genebra. Genebra, Suíça: International Council of Nurses. ISBN: 9295040449
- Joint Comission International (2011). *Padrões de Acreditação da Joint Comissiona International para Hospitais*. Joint Comissiona International (4ª ed.). ISBN: 978-1-59940-434-9.

- Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press. Doi: [10.17226 / 9728](https://doi.org/10.17226/9728)
- Larsen, G. Y., Parker, H. B., Cash, J., O'Connell, M., & Grant, M. (2005). *Standard Drug Concentrations and Smart-Pump Technology Reduce Continuous-Medication-Infusion Errors in Pediatric Patients*. *Pediatrics*, 116(1), 21-25. Doi: [10.1542/peds.2004-2452](https://doi.org/10.1542/peds.2004-2452)
- Leape, L. (2000). *Reporting of medical errors: time for a reality check*. *Quality in Health Care*, 9(3), 144-5. Doi: [10.1136 / qhc.9.3.144](https://doi.org/10.1136/qhc.9.3.144)
- Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Alteração do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Assembleia da República. *Diário da República*. Série I, n.º 181/2015, de 2015-09-16. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Lima, L., Leventhal, L., & Fernandes, M. (2008). *Identificando os riscos do paciente hospitalizado*. *Revista Einstein*, 6(4), 434-8.
- Lopes, C., Chaves, E., & Jorge, M. (2006). *Administração de medicamentos: análise da produção científica de enfermagem*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 684-88. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000500017>.
- Macedo, A. (2011). *Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar*. Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia, Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção, Atelier: Educação e Apendizagens, 10-6. Disponível em: https://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR4628bb4a557a5_1.pdf
- Matti, N., Nguyen, M., Mosel, C., & Grzeskowiak, L. E. (2018). *Utilization of neonatal medication error prevention strategies: a clinical practice survey of Australian and New Zealand neonatal units*. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 9(11), 609-17. <https://doi.org/10.1177/2042098618796952>
- Mauro, S. (2009). *Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional*. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, 65-82. ISSN 0254-1106. <https://doi.org/10.4000/rccs.343>
- Mendes, C., Clara, I., Oliveira, S. & Gonçalves, R. (2020). *Os motivos da hesitação dos pais em vacinar: revisão integrativa da literatura*. *Vittalle – Revista de Ciências da Saúde*, 32(3), 233-46.
- Mendes, M. & Martins, M. (2012). *Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros*. *Revista de Enfermagem Referência*, Série III (6), 113-121.

- Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Manole. ISBN 85-204-1263-7.
- Miasso, A. & Cassiani, S. (2000). *Erros na administração de medicamentos: divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 34(1), 16-25. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000100003>
- Mueller, C. (2010). *Spirituality in Children: Understanding and Developing Interventions*. Pediatric Nursing, 36(4), 197-208.
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (2001). *Taxonomy of Medication Errors*. Disponível em: <https://www.nccmerp.org/sites/default/files/taxonomy2001-07-31.pdf>
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (2021a). *About Medication Errors - What is a Medication Error?* Disponível em <http://www.nccmerp.org/about-medication-errors>
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (2021b). *Recommendations/Statements*. Disponível em <http://www.nccmerp.org/recommendations-statements>
- Nelas, C., Melo, E., Reis, G., Apóstolo, J., Carvalho, L., & Silva, L. (2015). *Guia orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Ordem dos Enfermeiros, série 1, nº 8.
- Néri, E., Oliveira, S., Rodrigues, J., Medeiros, M., & Fonteles, M. (2006). *Erros na Área da Saúde: culpado ou inocente?*. Infarma, 18(3/4), 5-8.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Oliveira, L. & Queirós, P. (2015). *Tradução, Adaptação Cultural e Validação da Nurse Competence Scale (NCS) para a População Portuguesa*. Revista de Investigação em Enfermagem, pp.77–89.
- Ordem Dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Boletim Divulgar. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2005). Segurança do doente. Ordem dos Enfermeiros, nº 17.*
ISSN: 1646-2629. Disponível em:
<https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/roe17/full-view.html>
- Ordem Dos Enfermeiros (2006). *Tomada de posição sobre a segurança do cliente.*
Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.* Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE%20_SaudeCriancaJovem.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Parecer CJ 275/2011.*
- Ordem dos Enfermeiros (2011c). *Parecer CJ 297/2011.*
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE.* Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Parecer nº17/2019.*
- Paim, R., Bellaver, D., Belmonte, J., & Azeredo, J. (2016). *Erros de medicação e segurança do paciente: uma revisão integrativa da literatura.* Revista Eletrônica Gestão & Saúde, 7(3), 1256-70.
- Pawluk, S., Jaam, M., Hazi, F., Hail, M., Kassem, W., Khalifa, H., . . . Rouf, P. (2016). *A description of medication errors reported by pharmacists in a neonatal intensive care unit.* International Journal of Clinical Pharmacy, 39(1), 88-94. Doi: 10.1007/s11096-016-0399-x
- Pina, M. E. G. (2001). *Qualidade! Para que te quero?.* Ordem dos Enfermeiros, Nº 3, 33-35.
- Reasson, J. (2000). *Human error: models and management.* BMJ. Vol. 320, p. 768-70. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/pdf/768.pdf>
- Reasson, J. (2008). *Human Error.* (19ª ed.). New York: Cambridge University Press. ISBN 978-0-521-31419-0

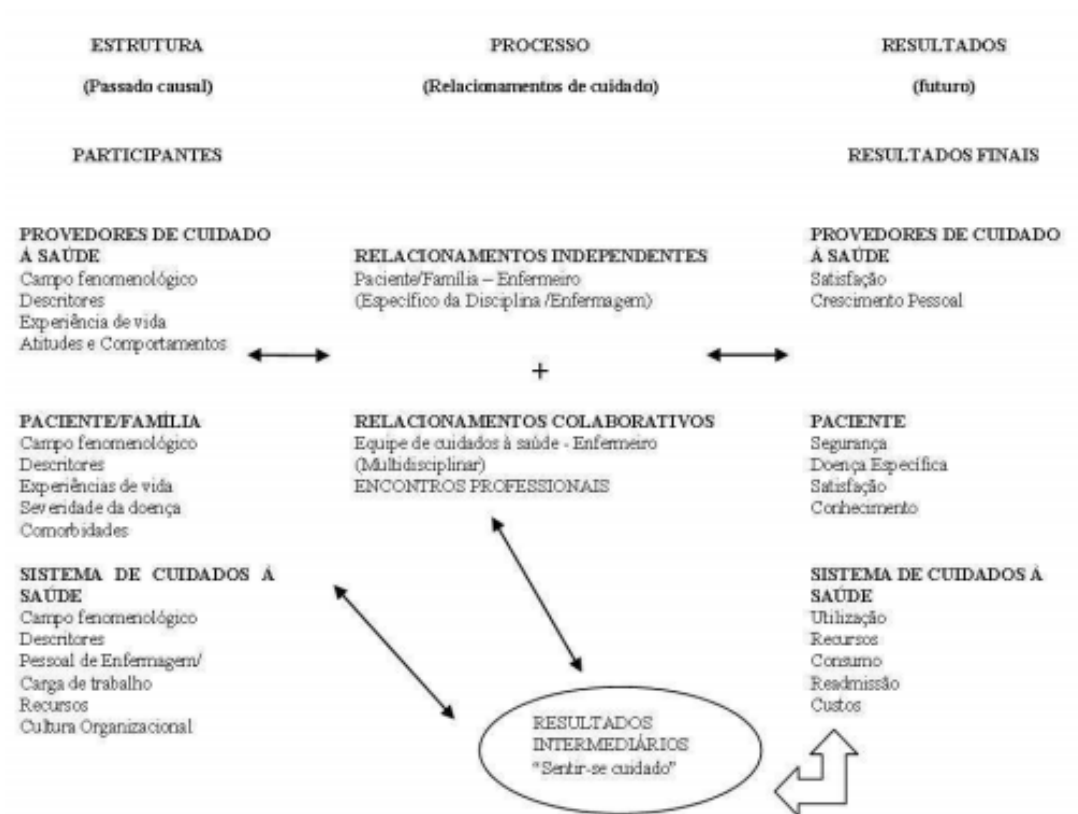
- Regulamento n.º 190/2015 de 23 de abril. Regulamento do perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República*. Série II, n.º 79, de 2015-04-23. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67058782>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Assembleia da República. *Diário da República*. Série II, n.º 26/2019, de 2019-02-06. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho. *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Assembleia da República. *Diário da República*. Série II, n.º 133, de 2018-07-12. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919_219194.pdf
- Ribas, M. (2010). *Eventos adversos em Cuidados de Saúde Primários: promover uma cultura de segurança*. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 26, 585-9.
- Richey, R., Shah, U., Peak, M., Craig, J., Ford, J., Barker, C., ... Turner, M. (2013). *Manipulation of drugs to achieve the required dose is intrinsic to paediatric practice but is not supported by guidelines or evidence*. *BMC Pediatr*, 13(81). Doi: 10.1186/1471-2431-13-81
- Rishoej, R., Nielsen, H., Strzelec, S., Refer, J., Beck, S., Gramstrup, H., ... Almarsdóttir, A. (2018). *Qualitative exploration of practices to prevent medication errors in neonatal intensive care units: a focus group study*. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 9(7), 343-53. <https://doi.org/10.1177/2042098618771541>
- Rocha, C. M., Gomes, G. C., Ribeiro, J. P., Mello, M., Oliveira, A. M., & Maciel, J. B. (2018). *Safe Administration of Medication in Neonatology and Pediatrics: Nursing Care*. *Journal of Nursing UFPE Online*, 12(12), 3239-46. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a235858p3239-3246-2018>
- Roque, K. & Melo, E. (2010). *Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro*. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 13(4), 607-19.
- Rosa, M. & Perini, E. (2003). *Erros de Medicação: Quem foi?*. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(3), 335-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000300041>
- Sá-Chaves, I. (2009). *Portfólios reflexivos: estratégia de formação e de supervisão* (4ª ed.). Aveiro: Universidade de Aveiro.

- Sales, L., Quintão, J., & Teixeira, M. (2018). *Segurança na preparação e administração de medicação pelo enfermeiro: quantos são os “certos”?*. Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP, vol. 10.
- Santana, J., Sousa, M., Soares, H., & Avelino, K. (2012). *Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem*. Enfermagem Revista, 15(1), 122-37.
- Santesteban, E., Arenas, S., & Campino, A. (2015). *Medication errors in neonatal care: A systematic review of types of errors and effectiveness of preventive strategies*. Journal of Neonatal Nursing, 21, 200-208. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2015.04.002>
- Santos, J., Silva, A., Munari, D., & Miasso, A. (2007). *Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação*. Acta Paulista de Enfermagem, 20(4), 483-8. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000400016>
- Serranheira, F., Sousa, A., & Sousa, P. (2010). *Ergonomia hospitalar e segurança do doente: mais convergências que divergências*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 10, 58-73.
- Serranheira, F., Uva, A., Sousa, P., Leite, E. (2009). *Segurança do doente e Saúde e Segurança dos profissionais de Saúde: duas faces da mesma moeda*. Revista Saúde e Trabalho: Patient Safety, 7, 5-29.
- Serviço Nacional de Saúde (2017). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP)*. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/Paginas/default.aspxsil>
- Silva, A., Cassiani, S., Miasso, A., & Opitz, S. (2007a). *Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação*. Acta Paulista de Enfermagem, 20(3), 272-76. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000300005>
- Silva, C. & Carneiro, M. (2014). *Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho*. Revista de Enfermagem Referência, série IV(3), 17-26.
- Silva, G. F., Sanches, P. G., & Carvalho, M. D. B. (2007b). *Refletindo sobre o cuidado de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva*. REME, 11(1), 94-98.
- Silva, B., Silva, J., Gobbo, A., & Miasso, A. (2007c). *Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem*. Revista Eletrônica de Enfermagem, 9(3), 712-23.

- Silva, L., Passos, R., & Carvalho, M. (2012). *Características e Evidências da Produção Científica de Enfermeiros sobre Erros de Medicação no Ambiente Hospitalar*. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 13(2), 480-91.
- Souza, L., Carvalho, A., Chianca, T., Freitas, M., & Ricaldoni, C. (2000). *Classificação de Erros de Medicação ocorridos em um hospital privado de Belo Horizonte*. Revista Mineira de Enfermagem, 4(1/2), 2-8.
- The Joanna Briggs Institute (JBI, 2020). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2020 edition/Supplement* [Internet]. The Joana Briggs Institute, editor. Disponível em: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/11.2+Development+of+a+scoping+review+protocol>.
- Toruner, E., & Uysal, G. (2012). *Causes, reporting, and prevention of medication errors from a pediatric nurse perspective*. Australian Journal of Advanced Nursing, 29(4), 28-35.
- Universidade Católica Portuguesa. (2017). *Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional*. Lisboa: Autor.
- Venturi, K., Wolff, L., Meier, M., Montezeli, J., & Peres, A. (2009). *Modelo Qualidade-Cuidado: Uma Mid-Range Theory de Enfermagem fundamentada em Watson e Donabedian*. Cienc. Cuid. Saude, 8(2), 280-85.
- Vianna, C., Linhares, J., Opitz, S., Cassiani, S., & Miasso, A. (2004). *Segurança do Paciente Hospitalizado: Avaliação do Grau de Conhecimento sobre a Terapêutica Medicamentosa*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 8(2), 235-42.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Wachter, R. M. (2010). *A Segurança do Doente*. Porto Alegre: Artmed. ISBN 978-85-363-2224-7.
- Walsh, K.; Kaushal, R.; Chessare, J. (2005). *How to avoid pediatrics medication errors: a user's guide to the literature*. Vol. 90, p. 698-702. Doi: 10.1136/adc.2003.048827
- Wegner, W., Silva, M., Peres, M., Bandeira, L., Frantz, E., Botene, D., & Predebon, C. (2017). *Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica*. Revista Gaúcha de Enfermagem, 38(1), 1-9.
- World Health Organization (WHO, 2007). *Patient Safety Solutions Preamble*. World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/Preamble.pdf?ua=1>

ANEXOS

ANEXO I – Modelo Qualidade-Cuidado© de Duffy e Hoskins



Modelo Qualidade-Cuidado© de Duffy e Hoskins (Venturi et al., 2009, p. 283 - adaptado de Duffy & Hoskins, 2003)

ANEXO II – Certificado da apresentação do Poster “Estratégias para prevenir o erro na administração da terapêutica na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: a *Scoping Review*” no âmbito da participação no 3º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Selma Gaio, Prof. Doutora Sílvia Caldeira, Prof. Doutora Zaida Charepe, Prof. Doutora Margarida Lourenço e Prof. Doutora Elisabete Nunes**, participaram no **III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online)**, no dia **27 de novembro de 2020**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com a apresentação do Poster n.º 23 com o tema "**ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR O ERRO NA ADMINISTRAÇÃO DA TERAPÉUTICA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS: A SCOPING REVIEW**"

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), TCS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar



III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

PROGRAMA

9:00 –Mesa 1: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA
Moderador: Luis Miguel Francisco (Mestre em Enfermagem, SIP)

Ana Rebotim (Mestranda do 13º CME, SIP) – “Participação dos Avós nos Cuidados de Saúde”
Margarida Carvalho (Mestranda do 13º CME, SIP) – “Criar e Reinventar o Futuro: Diferentes Abordagens, Novos Caminhos”

Martida Carvalho (Mestre em Enfermagem, SIP) – “Promoção Esperança: Conquistas no Presente e Desafios para o Futuro”

10:00 –CONFERÊNCIA INAUGURAL-“The role of ICIN in enhancing the value of Nursing”

Howard Calkton (Chief Executive Officer International Council of Nurses, Suíça)

10:30 –CONFERÊNCIA INTERNACIONAL-“Realidade la enfermeira especializada en España”

Maria Hinojal Benavente Cueta (PhD, Universidade Pontificia de Salamanca, Espanha)

11:00 –MESA DE ABERTURA

11:30 –Mesa 2: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderador: Márcia Paço (Mestre em Enfermagem, EC)

Filipa Oliveira (Mestranda do 13º CME-EC) – “Intervenção da Saúde Pública em contexto de Pandemia por SARS-CoV-2”

Laurina Gomes (Mestranda do 13º CME EC) - “Saúde Escolar em Tempo de Pandemia”

Margarida Coelho (Mestre em Enfermagem, EC) - “Adolescer com Saber – Promoção de uma Sexualidade Saudável”

14:00 –CONFERÊNCIA INTERNACIONAL-“A Realidade dos Migrantes no Chile: o Presente e Projeção Futura”

María Antonia Vollrath (PhD, Universidad Mayor, Chile)

14:30 –Mesa 3: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderador: Ricardo Leite (Mestre em Enfermagem, MC)

Cátia Lampreia (Mestrando do 13º CME, MC) - “Enfermeiros Emocionalmente Inteligentes: Protagonistas no Presente, Inovadores no Futuro”

António Borges (Mestrando do 13º CME, MC) - “Prática Simulada: uma Estratégia Inovadora no Presente e Protagonista no Futuro”

Sofia Correia (Mestre em Enfermagem, MC) - “Desafios ao Dever de Informar: Protagonistas no Presente a Inovar o Futuro”

15:30 –MOMENTO CULTURAL

16:00 –ENCERRAMENTO



APÊNDICES

APÊNDICE I – Estratégias para prevenir o erro na administração da
terapêutica na unidade de cuidados intensivos neonatais: uma *revisão scoping*

Estratégias para prevenir o erro na administração da terapêutica na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, uma revisão Scoping

Strategies to prevent the errors in the administration of therapy on Neonatal Intensive Care Unit, a scoping review

Selma Gaio ^a

Elisabete Nunes ^b

- a. Enfermeira de Cuidados Gerais na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital São Francisco Xavier; Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; selmagaio1@gmail.com
- b. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

RESUMO

A preocupação e visão pela segurança do doente e, por consequência, a qualidade dos cuidados prestados tem crescido ao longo dos últimos anos. O erro terapêutico em Unidades de cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) é uma grande preocupação dos enfermeiros, dada a vulnerabilidade acrescida desses neonatos. Perante isto, os enfermeiros necessitam de desenvolver estratégias para prevenir o erro na última fase da administração do medicamento ao neonato.

Objetivo: Mapear o conhecimento científico sobre as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para prevenir o erro terapêutico na fase da administração em UCIN.

Método: A metodologia do protocolo de scoping review seguirá as recomendações propostas pelo método de Joanna Briggs Institute (JBI, 2019). Serão considerados todos os estudos publicados e não publicados com base nos critérios de inclusão, recorrendo-se às bases de dados MEDLINE e CINAHL, nos idiomas português e inglês e sem limite temporal.

Resultados: A apresentação dos resultados será realizada com base no fluxograma PRISMA e, posteriormente de forma narrativa e em tabela. Algumas das estratégias mais evidenciadas foram o cumprimento dos cinco certos do medicamento, a dupla verificação independente, a utilização de bombas de perfusão, entre outras.

Palavras-chave: Erros de Medicação; Estratégias de prevenção; Segurança do doente; Enfermagem Neonatal; Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ABSTRACT

In the last years, concern with the patient's safety and therefore the quality of the care has increased. Considering the significant neonatal vulnerability, therapeutic error in the neonatal intensive care unit is an emerging area of concern among nurses. Therefore, nurses need to develop strategies in order to prevent the last phase error in the neonatal drug administration.

Objective: Map the state of the art on nursing strategies to prevent therapeutic error during drug administration stage in NICU.

Method: Scoping review protocol will follow the recommendations proposed by Joanna Briggs Institute (JBI, 2019). Will be considered all published and non-published studies, with no limit of time, based on the inclusion criteria, using the MEDLINE and CINAHL data bases, in Portuguese and English languages.

Results: The results will be present using a PRISMA fluxogram followed by a narrative and an explanation table. Some of the most evidente strategies were compliance with the five rights of the medication, independente double verification, the use of infusion pumps, among others.

Key-words: Medication Errors; Prevention Strategies; Patient Safety; Neonatal Nursing; Neonatal Intensive Care Unit

INTRODUÇÃO

No âmbito do exercício profissional de enfermagem, maioritariamente em contexto de unidades de cuidados intensivos, surgem situações de erro terapêutico dada a complexidade dos cuidados, sendo mais comum do que se possa imaginar e, por vezes, os profissionais não se apercebem antes de ocorrerem.

Na área de neonatologia, torna-se um assunto mais sensível pela vulnerabilidade dos doentes.

A segurança do doente tornou-se uma questão de elevada importância, sendo fulcral nos cuidados de saúde, pois é um dos pilares da qualidade dos cuidados em saúde (Carreira, 2013) e só há uns anos atrás é que se tem apostado neste tema. Fragata (2010) refere que a segurança do doente é um elemento essencial na prestação de cuidados com qualidade. No

entanto, a preocupação com a qualidade de cuidados não é um tema atual, pois se recuarmos ao ano de 1850, Florence Nightingale demonstrava “preocupação com a garantia da qualidade, procurando através dos registos das suas observações, aferir o nível de cuidados prestados e melhorar os serviços nas áreas mais deficitárias” (Carreira, 2013, p. 8).

Em Portugal, a qualidade em saúde teve início na década de 80 nos centros de saúde através da Direção Geral de Saúde. Em 1989, surgiu a primeira comissão da qualidade em meio hospitalar no Hospital São Francisco Xavier (Abreu, 2015).

Não existe qualidade se não existir segurança, por isso estão efetivamente ligadas uma à outra, visto que a segurança é um elemento essencial na qualidade em saúde (Abreu, 2015).

Desta forma, ainda há muito para se fazer e desenvolver nos hospitais, mais concretamente nas unidades, pois a segurança do doente ainda está num período muito embrionário (Abreu, 2015). E é da responsabilidade de todos, devendo assegurar cuidados seguros e com ausência de danos para os doentes (American Nurses Association (ANA), 2002).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) elaborou o documento – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem onde refere a importância de criar sistemas de qualidade em saúde, assume que a “qualidade em saúde é tarefa multiprofissional” e refere que o que constitui a base fundamental da melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros é a produção de guias orientadores de boas práticas de cuidados de enfermagem (OE, 2001). Posteriormente, a Ordem dos Enfermeiros veio reforçar a preocupação desta temática com a elaboração do documento “Tomada de posição sobre segurança do cliente” em 2006. Neste documento, refere que o enfermeiro “tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2006, p. 4), tendo responsabilidade ética de promover um ambiente seguro de forma a reduzir os riscos e prevenir os eventos adversos e, desta forma, garantir a excelência de cuidados de qualidade e em segurança (OE, 2006).

Em 2005, o Luxemburgo elabora uma declaração sobre a segurança dos doentes, denominada de “Segurança dos doentes: Torná-la uma realidade!” que expôs que um dos principais direitos dos doentes é a segurança dos cuidados de saúde que lhes são prestados. Assim, o acesso a cuidados de saúde seguros é um direito do ser humano (Carreira, 2013, p. 9). Atualmente, as pessoas estão mais informadas e cada vez mais têm conhecimento dos seus direitos, exigindo-os (Carreira, 2013). Neste sentido, a segurança tem de ser

levada em consideração dado que a saúde é uma área de risco, tal como refere a declaração do Luxemburgo.

Ao analisarmos esta temática percebemos que o papel do enfermeiro é de extrema relevância dado que a segurança do doente engloba todas as vertentes da prestação de cuidados, principalmente no âmbito da medicação, daí ser pertinente a redução do risco associado ao erro terapêutico através de estratégias de prevenção.

A expressão “errar é humano” é frequente no nosso dia-a-dia e, no fundo, o erro está intrínseco no ser humano, sendo um facto que pode acontecer por mais experiência que tenhamos e mais esforços redobramos para que não ocorra (Abreu, 2015). Contudo, na natureza humana também é uma característica intrínseca desenvolver e descobrir soluções de forma a reduzir a possibilidade de ocorrência de um erro (Abreu, 2015).

Para Fragata (2011, p.22), o erro define-se como um “Desvio de um resultado em relação a um plano pré-estabelecido ou o uso de um plano errado para atingir um dado objetivo que por isso não se consegue. O erro pressupõe que tenha havido plano prévio e que o erro tenha sido involuntário”.

Reason (2008) explica que o erro resulta de uma falha numa cadeia estruturada de atividades físicas ou mentais, sendo que essas falhas são intencionais.

Segundo Fragata & Martins (2008), os erros que abrangem a medicação podem ser prevenidos e muitas vezes evitados.

Neste sentido, é imprescindível definirmos o conceito de erro terapêutico conforme os autores. National Patient Safety Agency (NPSA), citada por PNAE (2012, p. 2), refere o erro de medicação como “qualquer evento evitável que pode causar ou levar a um uso inadequado de medicação ou a dano no utente, embora no controle do profissional de saúde ou utente”.

Segundo a National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), citado por Diz & Gomes (2008, p. 6), o Erro de Medicação é

“qualquer incidente prevenível que pode causar dano ao paciente ou dar lugar à utilização inapropriada dos medicamentos, quando estes estão sob controlo dos profissionais de saúde, do paciente ou consumidor. Estes incidentes podem estar relacionados com as práticas profissionais, com os produtos, com os procedimentos ou com os sistemas, e incluem as falhas na prescrição, comunicação, etiquetação, embalagem, denominação, preparação, dispensação, distribuição, educação, seguimento e utilização dos medicamentos”.

Importante referir que os erros de medicação podem ser classificados em vários tipos de erro. NCCMERP (2001) relata que existe o erro de prescrição, erro de dispensa, erro por omissão, erro de horário, erro de administração de medicamento não autorizado, erro de dose, erro de apresentação, erro de preparação, erro de administração, erro com medicamento deteriorado, erro de monitorização, erro por incumprimento do doente ou família e outros tipos de erros que não estão descritos nas categorias descritas anteriormente.

Portanto, o erro terapêutico pode ocorrer em qualquer etapa de todo o processo de administração do medicamento, tanto ao nível do armazenamento, da prescrição, da transcrição, da administração e da monitorização e, neste sentido, qualquer profissional que esteja envolvido neste processo pode cometer erros, sejam eles farmacêuticos, médicos, enfermeiros, etc. Mas, Fragata e Martins (2008) referem que numa situação de erro, a responsabilidade recai sempre ou quase sempre sobre quem intervém no final da cadeia da prestação de cuidados e que contacta diretamente com o doente e não às falhas do sistema ou a qualquer outra pessoa que interfira nesta cadeia. Deste modo, os principais agentes, que participam na preparação e administração da terapêutica que é a etapa final do processo, são os enfermeiros (PNAE, 2012), por isso muitos dos erros cometidos e não identificados no início ou no meio desta cadeia acabam por ser imputados aos mesmos. Neste sentido e para minimizar os erros, os enfermeiros devem seguir os certos da administração da terapêutica. PNAE (2012) refere “seis certos” da administração de medicamentos: administrar o medicamento certo, ao doente certo, na dose certa, no momento certo, através da via certa e com o registo certo.

No entanto, Bohomol & Ramos (2007, p. 35) vieram reforçar que “o erro de medicação é uma questão multiprofissional e as circunstâncias que o envolvem são multifatoriais, não se limitando apenas a uma categoria profissional”.

Carreira (2013) acrescentou que os erros terapêuticos são qualquer tipo de erros que sejam provocados durante o processo de utilização do medicamento e podem causar danos/eventos adversos. Fragata (2011, p.24) define como eventos adversos “ocorrências indesejáveis que causaram dano, por atos cometidos ou por uma qualquer omissão”, ou não causar danos em que o autor define como *near miss* esclarecendo como uma “situação que só não produziu danos porque se verificou uma recuperação ativa, baseada na atuação humana e/ou no sistema da organização, que permitiram recuperar um trajetória certa de acidente, fazendo abortá-la, sem consequências”.

Em Pediatria uma grande parte dos erros clínicos evitáveis são os erros terapêuticos, a prescrição e a administração dos mesmos.

Segundo Abreu (2015, p.103), a administração da medicação é relatada pela Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) como “o ato de administrar uma dose prescrita e preparada” ao doente. Em meio hospitalar esta fase é da responsabilidade da equipa de enfermagem e exige a aplicabilidade de conhecimentos técnicos e científicos de forma a fundamentar as intervenções do enfermeiro.

Para Branco (2019, p. 36), o erro de administração são um conjunto de falhas, tais como

“... falha na técnica de administração do medicamento; administração do medicamento por via diferente da prescrita; administração do medicamento em local errado; administração do medicamento com ritmo de infusão incorreta; associação de medicamentos física ou quimicamente incompatíveis; falha nos equipamentos ou problemas com os acessórios para infusão; ou administração de medicamento prescrito incorretamente”.

Segundo NPSA, citada pela PNAE (2012, p. 1), “os bebés e crianças correm maior risco de erros de medicação do que os adultos”.

O facto de os medicamentos em pediatria serem muito manipulados promove imprecisões e desconhecimento relativamente à estabilidade e biodisponibilidade do medicamento, que pode originar na administração de doses tóxicas ou subterapêuticas, aumentando o risco de erro (Richey et al., 2013).

Assim sendo, as crianças e, principalmente, os recém-nascidos correspondem a um grupo de risco acrescido no âmbito do erro terapêutico (Branco, 2019).

Carvalho, citado por Carreira (2013) veio reforçar o que foi referido anteriormente, mencionando que os cuidados intensivos neonatais e pediátricos têm maior probabilidade de ocorrência de erros terapêuticos, dada as suas particularidades envolventes, pois existe um grande número de intervenções e, por sua vez, de medicação pela complexidade crítica do doente, bem como a ocorrência de situações de emergência por serem inesperadas.

As Unidades de Cuidados Intensivos são, normalmente, serviços complexos, dinâmicos, ruidosos e onde existe um elevado número de intervenções médicas e de enfermagem. Existe um grande envolvimento de uma equipa multiprofissional onde são prestados cuidados muito específicos que exige por diversas vezes decisões rápidas e difíceis dos mesmos. Desta forma, a intensidade de trabalho físico e mental, o confronto com situações de emergência e o lidar com a morte são fatores motivadores de stress e que podem induzir ao erro e a eventos adversos (Abreu, 2015).

Gouyon, Cransac & Sgro (2012) referem que a prevalência dos erros de medicação é três vezes superior em unidades de cuidados intensivos neonatais do que nos adultos e os potenciais efeitos adversos são quatro vezes mais frequentes do que em pediatria. Isto pela imaturidade fisiológica do neonato, pois ainda estão em desenvolvimento as funções renais, hepáticas e imunitárias e por não terem capacidade de comunicar qualquer provável alteração de efeitos adversos (Carreira, 2013).

Branco (2019) refere um estudo de Taylor et al. em que analisaram se a implementação de um programa informático de prescrições médicas numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais se manifestava numa diminuição do erro terapêutico e que veio a revelar que a taxa de erro se manteve acima de 11%, demonstrando assim a necessidade de implementar outras estratégias complementares para a promoção da segurança do doente.

Mediante o exposto, e tendo em conta que é um tema de extrema importância, torna-se necessário perceber toda a sua envolvência. Neste sentido, a prevenção do erro implica o envolvimento de todos (PNAE, 2012) e para isso é fundamental, sendo o primeiro passo, reconhecermos que acontecem demasiadas vezes, e criarmos “uma nova mentalidade, mudança de práticas operativas e educação contínua” (PNAE, 2012, p. 1).

Para Fragata (2011), devemos de imediato comunicar a ocorrência de um erro, de forma a que seja estudado os mecanismos de como ocorreu e perceber a sua incidência, mas essencialmente para podermos adotar medidas preventivas de forma a impedir a sua repetição. No entanto, ainda está muito vinculado uma cultura punitiva que incorpora um moralismo auto-derrotista centrado no carácter imperfeito dos prestadores de cuidados, em vez do desenvolvimento pessoal e profissional obtido pelo conhecimento adquirido pela prática (Benner et al., 2002). Álvares (2005) acrescenta que o importante não é saber quem errou, mas como e porque aconteceu, pois lembra que os erros devem ser apontados como falhas do sistema ao contrário das falhas da pessoa.

São diversas as estratégias de prevenção do erro terapêutico no mundo da pediatria e Branco (2019) enumera primeiramente a formação e treino específico para enfermeiros de pediatria através de estudos de caso por exemplo. De seguida, refere a utilização de novas tecnologias e sistemas informatizados para prescrição e administração de medicamentos em que aborda por exemplo o sistema de administração de medicamentos com código de barras. Posteriormente, menciona a dupla verificação da medicação em que dois enfermeiros têm de verificar a medicação antes de esta ser administrada ao doente, de preferência de forma independente. Realça, também, a redução das interrupções e distrações no processo de medicação, o envolvimento da família na prestação de cuidados,

a integração de farmacêuticos na equipa pediátrica e uso de reconciliação terapêutica e, por último, a implementação de sistemas de notificação de erros.

Portanto, só após conhecermos as estratégias de prevenção a esta problemática é que poderemos contribuir para um enriquecimento científico e uma possível mudança de hábitos.

Assim, este protocolo e o desenvolvimento da revisão têm como objetivo conhecer qual a evidência científica sobre a prevenção do erro terapêutico e as estratégias a adotar pelos enfermeiros na administração da terapêutica nas unidades de cuidados intensivos neonatais.

OBJETIVOS

A presente revisão tem como objetivo principal mapear o conhecimento científico sobre as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para prevenir o erro terapêutico na fase da administração em UCIN de forma a dar resposta à questão de revisão “Quais as estratégias para prevenir o erro na administração da terapêutica na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)?”.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Esta revisão foi baseada na metodologia apresentada pelo Instituto de Joanna Briggs (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2019) e teve como critérios de inclusão os estabelecidos pela mnemónica PCC:

Tipos de Participantes

Foram considerados todos os estudos que englobam os Enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos neonatais.

Conceito

Foram considerados todos os estudos que abordam as estratégias usadas para prevenir o erro na administração da terapêutica. Abreu (2015) define a administração da medicação como um procedimento de administrar uma dose ao doente que esteja prescrita e preparada e acrescenta que esta fase é da responsabilidade da equipa de enfermagem e exige a aplicabilidade de conhecimentos técnicos e científicos. Para Branco (2019), o erro de administração são um conjunto de falhas, tais como falhas na via de administração do medicamento, ritmos de perfusão incorretos, local de administração errado, entre outras.

Contexto

Foram considerados todos os estudos realizados em contexto de prestação de cuidados em unidades de cuidados intensivos neonatais.

Tipos de Fontes

Foram considerados estudos primários e secundários, de natureza qualitativa ou quantitativa, com texto completo, publicados em português e inglês. Estudos sem limitações geográficas e culturais. E não houve limitação quanto à data de publicação.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa adotada foi a das três etapas como recomendado pelo Protocolo The Joanna Briggs Institute (JBI, 2019).

A estratégia de busca foi alargada com o objetivo de identificar estudos primários publicados e não publicados (literatura cinza), assim como revisões. Primeiramente, foi realizado uma pesquisa inicial limitada às bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) para identificar as palavras-chave contidas nos títulos e resumos, bem como os termos indexados.

Na segunda etapa foi realizado uma pesquisa utilizando os descritores e operadores booleanos selecionados, em todas as bases de dados incluídas. Por último, foi realizado uma pesquisa com base nas referências bibliográficas dos artigos incluídos.

Os termos indexados/descriptores MeSH (Medical Subject Headings) e DeCS (Descritores em ciências da Saúde) que foram utilizados na pesquisa booleana: medication errors, neonatal nursing, patient safety e Intensive care units, neonatal. A prioridade de cada descritor na pesquisa booleana foi a seguinte: (MH “Medication Errors” OR “prevention strategies”) AND MH “Patient safety” AND (MH “Neonatal Nursing” OR MH “Intensive care units, neonatal”)

Nas duas bases de dados foram definidos os seguintes limitadores: texto completo e idioma em inglês e português.

A pesquisa dos estudos não publicados foi realizada no Google Scholar.

Toda a pesquisa se teve em consideração todos os critérios de inclusão que melhor respondem à questão de investigação formulada.

Com base na estratégia descrita obteve-se 63 artigos nas bases de dados científicas, CINAHL (n = 49) e MEDLINE (n = 14), e 6 através de outra fonte (Google Scholar), totalizando 69 artigos. Os artigos obtidos foram analisados e feita uma seleção tendo em conta os critérios de inclusão, através da informação disponível do título e resumo. Posteriormente, realizou-se uma leitura integral dos artigos selecionados e de acordo com a avaliação dos critérios de inclusão foram integrados na amostra final. Esta metodologia de seleção encontra-se representada no seguinte fluxograma:

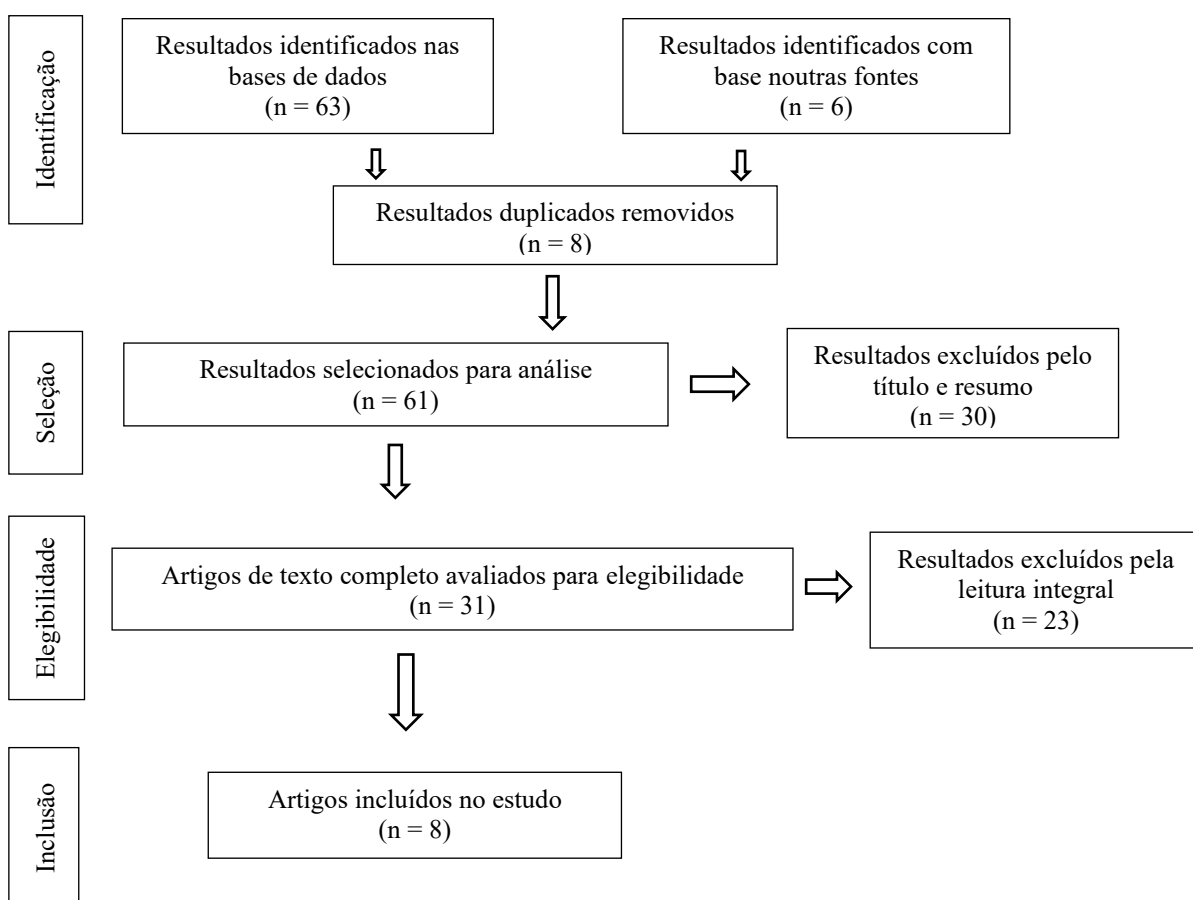


Imagem 1 – Fluxograma Prisma, adaptado à metodologia de Joanna Briggs Institute (JBI, 2019)

RESULTADOS

Foi realizada a extração e síntese dos dados dos artigos selecionados, segundo as orientações metodológicas propostas por Joanna Briggs Institute (JBI, 2019).

Nos quadros encontram-se representados os resultados dos oito artigos.

Os estudos apresentados foram realizados em diferentes unidades de cuidados intensivos neonatais, sendo de natureza qualitativa ou quantitativa. A população dos diferentes estudos corresponde aos profissionais de saúde.

Safe Administration of Medication in Neonatology and Pediatrics: Nursing Care	
Autor, origem e ano	Rocha, C. M., Gomes, G. C., Ribeiro, J. P., Mello, M., Oliveira, A. M., & Maciel, J. B. Journal of Nursing UFPE Online 2018
Objetivo	Conhecer os cuidados de Enfermagem relacionados com a administração segura de medicamentos em Neonatologia e Pediatria.
Desenho	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório.
População e amostra	23 Profissionais de saúde, sendo 14 enfermeiras e 9 técnicos de enfermagem.
Contexto da Intervenção	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e da Unidade Pediátrica de um hospital universitário do sul do Brasil.
Características da Intervenção	Os dados foram colhidos à equipa de enfermagem da unidade de cuidados intensivos neonatais e unidade de pediatria no primeiro semestre de 2017 através de entrevistas semi-estruturadas. Como critério de inclusão teriam de ter pelo menos seis meses de prática na preparação e administração de terapêutica em crianças. As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise.
Resultados da Intervenção	Na maioria das vezes quem administra o medicamento é o técnico de enfermagem e, por isso, é papel do enfermeiro supervisionar, confirmar a medicação prescrita com a que vai ser administrada, com o intuito de diminuir o erro terapêutico. É dever, também, cumprir os cinco certos recomendados para garantir que o medicamento é administrado corretamente (nome e unidade da criança, nome do medicamento, dose, diluição e a hora). O medicamento é registado no processo da criança e assinado pela pessoa que administra, assim assegura que quem administra tem de saber o que está a administrar e a hora certa. Outras medidas utilizadas e que os enfermeiros referiram no estudo foram três etapas importantes para evitar a troca das seringas colocadas na mesma bandeja: identificar a seringa com o nome do medicamento, colocar os medicamentos de cada criança numa única

	<p>bandeja e nunca colocar uma seringa com medicação oral protegida com uma agulha.</p> <p>Referem que a verificação da validade do medicamento é um dos cuidados de enfermagem, pois se tiver passado do prazo os princípios ativos podem estar alterados e não ter o efeito esperado levando a efeitos adversos.</p> <p>Outra preocupação revelada no estudo tem haver com as dosagens muito baixas de medicação e, portanto, os erros dos cálculos milimétricos são uma grande preocupação e um grande cuidado, tal como o uso de bombas de perfusão para garantir a administração da dose correta. Na área da pediatria, os enfermeiros têm de ter especial atenção à diluição do medicamento, ritmo de perfusão e volume a ser administrado, pois pode advir consequências nesses erros. Importante, também, ter em atenção as incompatibilidades do medicamento de forma a evitar acidentes.</p> <p>Segundo o estudo, há a preocupação de separar os medicamentos com rótulos idênticos para diminuir a ocorrência de erros.</p> <p>Os profissionais de Enfermagem têm de ter a preocupação de confirmar o nome da criança que vão medicar, pois é habitual as mães trocarem os filhos de camas.</p>
<p>Principais achados</p>	<p>Existe preocupação com esta temática da administração segura do medicamento por parte dos enfermeiros e percebem a importância da educação permanente da equipa.</p> <p>Para oferecer cuidados de qualidade e garantir a segurança da criança torna-se importante haver uma qualidade dos registos, o uso de checklists de procedimentos, formação profissional e o envolvimento dos pais como parceiros de cuidados.</p> <p>Além disso, é fomentada a necessidade de os profissionais notificarem os eventos adversos/erros nas unidades, promovendo um ambiente positivo e valorizando a segurança do doente.</p>

Standard Drug Concentrations and Smart-Pump Technology Reduce Continuous-Medication-Infusion Errors in Pediatric Patients

Autor, origem e ano	Larsen, G. Y., Parker, H. B., Cash, J., O'Connell, M., & Grant, M. Pediatrics 2005
Objetivo	Determinar se combinando concentrações de medicamentos padrão com tecnologia de "bomba inteligente" reduz os erros relatados de infusão de medicamentos.
Desenho	Estudo quantitativo.
População e amostra	Médicos, Enfermeiros, Profissionais da farmácia, Profissionais de engenharia clínica e o gerente de segurança do hospital.
Contexto da Intervenção	O cenário para este estudo de pré-intervenção e pós-intervenção foi o Centro Médico Infantil Primário, um Hospital pediátrico terciário afiliado a uma universidade.
Características da Intervenção	O processo de infusão contínua de medicamentos obedeceu às seguintes etapas: (1) os pedidos foram escritos à mão por médicos em texto livre ou diretamente em folhas pré-impressas e enviadas para a farmácia; (2) farmacêuticos inseriram os dados em um computador que calculou, com base na regra de 6, individualizado "Receitas" para misturar concentrações; (3) a infusão foi misturada e entregues às unidades com tabelas de dosagem específicas para aquela concentração; e (4) as enfermeiras usaram os gráficos de dosagem para determinar a taxa de infusão apropriada ou fazer o cálculo da taxa à mão e, em seguida, programou a taxa de infusão nas bombas.
Resultados da Intervenção	Após as intervenções houve redução de 73% no número de erros relatados associados a infusões contínuas de medicamentos. A taxa de erro diminuiu de 3,1 para 0,8 por 1000 doses para uma redução de risco absoluto de 2,3 erros por 1000 doses. Erros de preparação que ocorreram na farmácia diminuiu de 0,66 para 0,16 por 1000 doses. O número de erro de 10 vezes na dosagem diminuiu de 0,41 para 0,08 por 1000 doses. A taxa de relatórios de incidentes em todo o hospital foi idêntica para períodos de pré e pós-intervenção (0,03 incidentes relatados por dia de internamento). Determinamos que 87% das infusões contínuas de medicamentos na UTIN e 99% em outras áreas do hospital usaram

	concentrações de medicamentos padrão.
Principais achados	Uma combinação de concentrações de drogas padrão, tecnologia de bomba inteligente e rótulos de medicamentos personalizados reduziram a notificação de erros associados com infusões contínuas de medicamentos em doentes pediátricos hospitalizados. O uso de novas tecnologias permite que os profissionais de saúde trabalhem clinicamente em ambientes complexos para fornecer cuidados ao doente mais seguros. O ideal seria a implementação de programas padronizados de educação dos profissionais.

Implementing Change in Pediatric Care Practices Based on a Safety Event Reporting System	
Autor, origem e ano	Bradley, C., Dewitt, E. C., Kucharski, K., & Toole, S. Newborn & infant nursing reviews 2011
Objetivo	Identificar oportunidades para mudar e melhorar a prática clínica através do Sistema de Relatório de Eventos de Segurança (SERS).
Desenho	Estudo descritivo de natureza qualitativa.
População e amostra	Seis Enfermeiras Líderes que pertencem à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Pediátrico de Boston
Contexto da Intervenção	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Pediátrico de Boston
Características da Intervenção	Foi desenvolvido um grupo de segurança para analisar os relatórios de incidentes arquivados através do Sistema de Relatório e Eventos de Segurança com o intuito de melhorar os resultados do doente e usar essa informação para mudar a prática. Inclui na discussão de estratégias para melhorar a segurança do doente e, conseqüentemente, desenvolver estratégias para reduzir a ocorrência de eventos.
Resultados da Intervenção	Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), o SERS é considerado um sistema para melhorar os cuidados ao doente, em vez de adotar uma filosofia punitiva ou ter a oportunidade de julgamento.

Para além dos vários tipos de eventos adversos que podem ocorrer, o artigo refere também os erros de medicação.

Erros de medicação são o tipo de erro mais comum, principalmente nas UCIN, sendo oito vezes mais provável que em adultos. Isto pela mudança rápida de peso corporal, o uso de medicamentos *off-label*, diversas concentrações de medicamentos em stock, a incapacidade do doente comunicar e as mudanças fisiológicas do doente que afeta a absorção, distribuição e excreção do fármaco.

Em conjunto com o Grupo de segurança foi desenvolvido políticas e padrões na prática específicos da UCIN a partir dos relatórios SERS para a equipa de enfermagem que administra os medicamentos e para quem os prescreve.

Uma dessas políticas foi a dupla verificação independente para medicamentos de alto risco. Assim sendo, o enfermeiro e outro profissional verificam independentemente a prescrição e avaliam os cinco certos (doente, medicamento, dose, horário e via certa).

Outra medida de segurança na UCIN são as bombas inteligentes de medicação em que possuem uma biblioteca de medicamentos pré-programados com as respetivas concentrações. É inserido na bomba a medicação, a concentração e o peso do doente.

Outra medida foi a utilização de leitor de código de barras para administrar os medicamentos. A utilização deste dispositivo tem comprovado a prevenção dos erros de administração da terapêutica.

Também foram aplicadas outras medidas em prática, tais como um sistema computadorizado de entrada de prescrições de forma a que quem prescreve seja obrigado a confirmar a dosagem e o intervalo de administração, que considere as interações medicamentosas e as contraindicações.

Outra medida de prevenção é a verificação das prescrições pelos farmacêuticos do hospital.

Com isto, os autores do artigo referem, também, que para implementar práticas de mudança requer a reeducação dos profissionais.

	<p>Foram utilizados relatórios SERS para monitorizar, identificar e melhorar os cuidados prestados. Com base nos dados dos relatórios forma propostas mudanças para a prática, sendo discutidas mensalmente na unidade e em todo o hospital.</p> <p>Como resultados da aplicação de leitores de medicamentos em código de barras, bombas inteligentes de medicamentos e o sistema computadorizado da prescrição dos mesmos foram verificados uma diminuição de eventos de administração do medicamento entre 2009 e 2010.</p>
Principais achados	<p>A aplicação dessas mudanças na prática revelou uma diminuição de eventos adversos e conseqüentemente uma diminuição de eventos relatados no SERS o que levou a que os doentes beneficiassem desse Sistema de Relatórios de Eventos de Segurança.</p>

Medication errors in neonatal care: A systematic review of types of errors and effectiveness of preventive strategies	
Autor, origem e ano	<p>Santesteban, E., Arenas, S., & Campino, A. Journal of Neonatal Nursing 2015</p>
Objetivo	<p>Realizar uma revisão acerca da literatura sobre a frequência e tipos de erros terapêuticos nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e a eficácia das estratégias de prevenção.</p>
Desenho	<p>Estudo descritivo de natureza qualitativa.</p>
População e amostra	<p>13 estudos em que descrevem os erros terapêuticos, outros 13 estudos em que identificam os tipos de erros e 16 estudos em que relatam as intervenções realizadas com o intuito de melhorar a segurança da medicação.</p>
Contexto da Intervenção	<p>Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.</p>
Características da Intervenção	<p>Revisão sistemática da literatura entre 2000 e 2013 em que analisaram a prevalência de erros terapêuticos e intervenções para reduzir a sua incidência nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).</p>

<p>Resultados da Intervenção</p>	<p>Os resultados da revisão revelaram existir uma escassez de estudos relativos a erros terapêuticos nas UCIN e intervenções para os evitar, embora estes erros sejam frequentes.</p> <p>A medicação no contexto de pediatria difere dos adultos no sentido em que as doses são determinadas individualmente com base no peso, idade gestacional e área corporal.</p> <p>O estudo revelou, também, que a maior parte dos erros reportados não resultaram em dano para o doente. Os erros podem acontecer em qualquer fase do processo de administração de terapêutica, desde a prescrição, pedido, transcrição, dispensa, até à administração. A maior parte dos estudos descrevem erros na prescrição, transcrição e administração. Os estudos também salientaram um elevado número de erros na administração e a forma como fatores humanos aparentam ser a causa mais frequente.</p> <p>As diferenças na definição de “erro” utilizadas não permitem uma generalização dos estudos identificados.</p> <p>O reporte voluntário e anónimo levado a cabo por profissionais foi eficaz na identificação de um vasto leque de erros terapêuticos. Reportar os incidentes de forma prospetiva e continua, seguido da implementação de estratégias de prevenção interdisciplinar, são procedimentos que constituem um sistema eficaz para melhorar a qualidade dos cuidados e a segurança do doente.</p> <p>Habitualmente, os incidentes com complicações major são dados a conhecer a toda a equipa, sendo tomadas imediatamente medidas preventivas, enquanto que os erros menores acabam por não ser transmitidos.</p>
<p>Principais achados</p>	<p>Todos os estudos em que era utilizada uma estratégia educacional para prevenir estes erros foram feitos em colaboração com a farmácia do hospital, que aparenta ser uma forma eficaz de reduzir erros terapêuticos. As intervenções educacionais foram direcionadas aos profissionais envolvidos, no sentido de minimizar a prevalência de erros terapêuticos.</p> <p>Os erros terapêuticos são uma causa evitável de eventos iatrogénicos no</p>

	<p>contexto da UCIN e podem ser devidos a treino inadequado, falta de conhecimento e/ou pouca vigilância por parte da equipa.</p> <p>Além disso, para evitar estes erros, tem de ocorrer uma mudança na cultura do próprio hospital, no que toca ao reporte dos erros e auditorias.</p>
--	---

Educational strategy to reduce medication errors in a neonatal intensive care unit	
Autor, origem e ano	<p>Campino, A., Lopez-Herrera, M. C., Lopez-de-Heredia, I., & Valls-i-Soler, A.</p> <p>Acta Pædiatrica</p> <p>2009</p>
Objetivo	<p>Avaliar o efeito de uma estratégia preventiva educacional compreensiva no número e tipo de erros terapêuticos no processo de prescrição na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).</p>
Desenho	<p>Estudo descritivo de natureza quantitativa.</p>
População e amostra	<p>Um farmacêutico e os médicos e enfermeiros da UCIN.</p>
Contexto da Intervenção	<p>Uma Unidade regional nível III.</p>
Características da Intervenção	<p>Foram registados por um farmacêutico os erros terapêuticos na prescrição numa com 41 camas. Os dados foram obtidos através de pedidos manuscritos pelos médicos e introduzidos numa base de dados. Todas as prescrições não relacionadas com alimentação entérica e parentérica ou sangue e derivados foram avaliadas tendo por base a dose, unidades e intervalo de administração. O estudo foi dividido em fase piloto, pré intervenção e pós intervenção.</p> <p>Antes do estudo, todos os profissionais frequentaram uma reunião acerca da segurança do doente, porém, não foi divulgado o objetivo específico do estudo, no sentido de evitar influenciar os resultados.</p> <p>O erro terapêutico foi definido como um evento evitável que ocorreu durante o processo de prescrição. Erros relacionados com a dispensa ou administração, assim como relativos à escolha de terapêutica para o</p>

	diagnóstico em questão, não foram considerados.
Resultados da Intervenção	<p>Após implementar a intervenção preventiva educacional, o erro de prescrição e a percentagem de registos com um ou mais incidentes reduziu significativamente, de 20,7 para 3% e de 19,2 para 2,9%, respetivamente. Simultaneamente, ocorreu uma melhoria na identificação correta do médico que realizou a prescrição. Não se observaram alterações nos restantes parâmetros.</p> <p>A implementação de uma intervenção educacional preventiva estruturada para profissionais de saúde na UCIN reduziu a taxa de erros terapêuticos, possivelmente através da disseminação de uma cultura de segurança do doente.</p> <p>A intervenção passou por 15 sessões formativas dadas por um farmacêutico do hospital, para todos os profissionais, acerca de erros de terapêutica, uma cultura não punitiva e especificamente acerca dos objetivos do estudo. De seguida, um grupo multidisciplinar foi formado para implementar estratégias preventivas, sendo que se reuniram uma vez por mês para trabalhar este tema. O principal objetivo foi identificar o porquê de os erros ocorrerem, através da análise do processo de prescrição.</p> <p>Um profissional da farmácia ficou responsável por rever e registar as prescrições realizadas pelos médicos, através da seleção aleatória de prescrições. As taxas de erro foram calculadas como percentagens no total das prescrições revistas. Foram posteriormente comparadas as taxas pré e pós intervenção.</p> <p>Pré intervenção, foram analisadas 4182 prescrições. A taxa de erro nas prescrições foi de 20,7% e a percentagem de registos com um ou mais incidentes foi 19,2%. Foram utilizadas abreviaturas em 97,4% das unidades, em 98% dos intervalos e em 75,3% das formas de administração.</p> <p>Em 43,4% das prescrições foram utilizados os nomes das marcas. Apenas 1,3% das prescrições tinham a correta identificação do médico que as prescreveu.</p> <p>Após a intervenção, 1512 registos foram analisados. A taxa de erro nas</p>

	<p>prescrições foi de 3% e a percentagem de registos com um ou mais incidentes foi 2,9%. A identificação correta do prescriptor aumentou de 1,3 para 78,2%. Os restantes encontravam-se sobreponíveis.</p>
Principais achados	<p>O estudo constatou resultados mensuráveis através da implementação de uma estratégia multidisciplinar educacional, sendo aparente uma modificação no comportamento dos profissionais. As reuniões detetaram pontos fracos que poderiam levar a erros, como a falta de comunicação ou a falta de reconhecimento da importância do trabalho de todos os membros da equipa. Porém, os resultados podem ter sido condicionados pelo chamado efeito de <i>Hawthorne</i>, em que ocorre uma alteração no comportamento devido à consciência de estar a fazer parte de um estudo.</p> <p>Além do método utilizado (observação direta), o uso de sistemas de reporte voluntário também se têm vindo a mostrar eficazes.</p> <p>A colaboração entre o farmacêutico e os médicos e enfermeiros também está relacionado com melhorias no processo de medicação, nomeadamente na UCIN, em que as doses são individualizadas e as apresentações comercializadas não são adaptadas a esta população.</p> <p>Intervenções como prescrições eletrónicas são eficazes na redução da probabilidade de erro, comparativamente a prescrições manuscritas.</p>

<p>Qualitative exploration of practices to prevent medication errors in neonatal intensive care units: a focus group study</p>	
Autor, origem e ano	<p>Rishoej, R. M., Nielsen, H. L., Strzelec, S. M., Refer, J. F., Beck, S. A., Gramstrup, H. M., Christesen, H. T., Kjeldsen, L. J., Hallas, J., & Almarsdóttir, A. B.</p> <p>Therapeutic Advances in Drug Safety 2018</p>
Objetivo	<p>Explorar as atuais e potenciais futuras práticas para prevenir o erro terapêutico.</p>

Desenho	Estudo Qualitativo.
População e amostra	Dois grupos focais, um com médicos e outro com enfermeiras em cada UCIN. Os grupos foram limitados a um máximo de seis participantes de forma a permitir que expressassem as suas opiniões.
Contexto da Intervenção	Três UCIN na Dinamarca.
Características da Intervenção	Entrevistas com médicos e enfermeiros foram realizadas em três UCIN na Dinamarca. Os participantes foram incluídos caso tivessem pelo menos um mês de experiência e estivessem na prestação direta de cuidados. Foi realizada um entrevista semi-estruturada envolvendo três questões: (a) como é que se sente relativamente a discutir a prevenção de erros de terapêutica?, (b) como é que, atualmente, previne erros de terapêutica? E (c) como é que podemos tornar-nos melhores a prevenir erros de terapêutica?.
Resultados da Intervenção	<p>Os participantes comentaram que os erros continuam a ocorrer e que devem ser levadas a cabo ações para melhorar a segurança da terapêutica. Práticas atuais envolvem tecnologia, procedimentos, educação e serviços da farmácia do hospital. Potenciais práticas futuras incluem sistemas computadorizados para a prescrição da terapêutica customizados no sentido de otimizar o ato de prescrever, <i>standardizar</i> a dupla verificação, treino das competências dos profissionais relativamente a cálculos, trabalho em equipa, e recurso mais frequente aos serviços da farmácia.</p> <p>Além dos sistemas informáticos para prescrição, também foram mencionados os sistemas com código de barras, sendo estes associados à redução de erros. Porém, surgem algumas barreiras como o tempo e a distração devido a outras tarefas e falhas no equipamento.</p> <p>Os pais, também, foram identificados como participantes neste aspeto, pois foram considerados como uma barreira que alertava os profissionais para desvios na medicação, sendo que a maioria dos pais já se encontrava familiarizado com a medicação administrada ao filho. Porém, os participantes do estudo consideraram que os pais não deveriam ser percecionados como responsáveis, neste aspeto.</p>

	<p>Todos os grupos referiram a dupla verificação como estratégia. O treino dos cálculos e da preparação e administração também foi frequentemente mencionado, assim como a existência de medicação pronta a usar, para situações de emergência.</p>
Principais achados	<p>Neste estudo, foram identificadas diversas práticas, salientando a complexidade dos erros terapêuticos. Os dados encontrados apoiam uma intervenção multifacetada e interdisciplinar, que envolve elementos tanto técnicos como não técnicos no sentido de promover a segurança na terapêutica na UCIN.</p>

<p>Utilization of neonatal medication error prevention strategies: a clinical practice survey of Australian and New Zealand neonatal units</p>	
Autor, origem e ano	<p>Matti, N., Nguyen, M. R., Mosel, C., & Grzeskowiak, L. E. Therapeutic Advances in Drug Safety 2018</p>
Objetivo	<p>Explorar a utilização de várias estratégias para prevenção de erros de terapêutica nas Unidades Neonatais, na Austrália e Nova Zelândia.</p>
Desenho	<p>Estudo descritivo de natureza qualitativa.</p>
População e amostra	<p>Funcionários relevantes em cada uma das 29 unidades neonatais de nível III (NNU) identificado como membros da Rede Neonatal da Austrália e Nova Zelândia (ANZNN).</p>
Contexto da Intervenção	<p>Unidades Neonatais da Austrália e Nova Zelândia.</p>
Características da Intervenção	<p>Foi distribuído um questionário eletrónico a profissionais de 29 unidades de nível III, que continha questões relativas ao grupo de estratégias de prevenção de erro identificadas numa revisão sistemática realizada previamente acerca do tópico. As intervenções eram relativas a diferentes aspetos, sendo estes, a prescrição, avaliação e verificação de pedidos, transmissão, preparação e dispensa, armazenamento de medicação e administração.</p>

Resultados da Intervenção	Das 20 pessoas que responderam, as estratégias baseadas na evidência mais frequentes foram a utilização de bombas infusoras (n=18), farmacêuticos situados na unidade (n=17) e a necessidade de o enfermeiro completar um teste de cálculo da medicação antes da administração (n=17). As menos referidas foram a utilização de scanner de código de barras (n=0), prescrição eletrónica e apoio na tomada de decisão clínica (n=1) e o enfermeiro dedicado à administração de medicação (n=2).
Principais achados	Embora a evidência apoia a utilização de várias estratégias de prevenção do erro terapêutico, estas são utilizadas de forma aparentemente inconsistente na prática corrente na Austrália e Nova Zelândia, podendo colocar em risco recém-nascidos vulneráveis. Estudos prévios demonstraram que um maior leque de intervenções está associado a uma redução do risco de erro, porém, nenhuma intervenção em específico se revelou ser superior às outras. Tendo em conta que os erros ocorreram em diferentes fases do processo, várias estratégias que diferem relativamente ao seu foco serão mais eficazes que uma estratégia isolada.

Incidence and Nature of Medication Errors in Neonatal Intensive Care with Strategies to Improve Safety	
Autor, origem e ano	Chedoe, I., Molendijk, H. A., Dittrich, S., Jansman, F., Harting, J. W., Brouwers, J., & Taxis, K. Drug Safety 2007
Objetivo	Analisar os resultados dos artigos incluídos sobre o erro terapêutico na Unidade de Cuidado Intensivo Neonatais (UCIN) e suas estratégias.
Desenho	Estudo descritivo qualitativo.
População e amostra	Profissionais de saúde.
Contexto da	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Intervenção	
Características da Intervenção	Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados PubMed e EMBASE, entre 1975 e 2006 em Inglês, tendo sido identificados onze estudos sobre a frequência de erros terapêuticos na UCIN
Resultados da Intervenção	<p>A taxa mais alta de frequência de erros terapêuticos foi 5,5 erros por 100 prescrições, porém, estes valores variavam muito entre estudos, maioritariamente devido a diferenças da definição de erro e o rigor no método utilizado para os identificar. Além disso, os estudos foram difíceis de comparar, devido às diferenças na forma de calcular as taxas de erro, assim como a forma como apresentavam os resultados.</p> <p>As intervenções mais frequentemente sugeridas para promover a segurança do doente na UCIN, relativamente à terapêutica, foram a prescrição eletrónica com participação do farmacêutico.</p> <p>Os erros identificados mais frequentemente eram relativos à dose, devido a erros no peso do bebé, nas unidades e na colocação de pontos decimais. Erros muito graves incluíram doses 10 ou 100 vezes maiores. Foram reportados mais erros durante a prescrição do que na preparação e administração. Porém, alguns autores dos estudos também identificaram mais erros na diluição.</p> <p>Outros estudos identificaram como principal tipo de erro aqueles que ocorrem durante a administração. E outros erros incluíram a identificação incorreta do doente.</p>
Principais achados	<p>A informação relativamente aos efeitos das intervenções referidas no artigo é escassa. É necessária mais investigação para determinar a frequência e tipos de erros terapêuticos.</p> <p>Alguns estudos identificaram a utilização de prescrição eletrónica como um ponto positivo, com uma redução nos erros que ocorreram.</p> <p>A utilização de doses standard preparadas pela farmácia, utilização de bombas infusoras e etiquetas user friendly foram identificadas como fatores que reduzem o erro.</p> <p>Um estudo avaliou a intervenção de um farmacêutico, cuja intervenção passava por analisar prescrições diariamente, que levou a</p>

	uma redução significativa do erro.
--	------------------------------------

DISCUSSÃO

A administração segura do medicamento é uma preocupação dos enfermeiros, que consideram importante uma educação permanente da equipa (Rocha et al., 2018). O erro de medicação é o tipo de erro mais comum numa UCIN, verificando-se oito vezes mais que em adultos (Bradley, Dewitt, Kucharski, & Toole, 2011). Esta situação sucede pela mudança constante de peso corporal do neonato, pelo uso de medicamentos off-label, pela existência de diferentes concentrações de medicamentos em stock, pela incapacidade de o neonato comunicar e pelas mudanças fisiológicas nesta faixa etária que afeta a absorção, distribuição e excreção do fármaco (Bradley et al., 2011).

Os erros podem ocorrer em qualquer fase do processo de administração de terapêutica, que inclui a prescrição, o pedido, a transcrição, a dispensa e a administração (Santesteban, Arenas & Campino, 2015).

A particularidade desta faixa etária prende-se pelas dosagens muito baixas de medicação, podendo ocorrer erros nos cálculos milimétricos (Rocha et al., 2018). Os enfermeiros têm de ser cautelosos com a diluição do medicamento, o ritmo de perfusão e o volume a administrar (Rocha et al., 2018).

A falta de comunicação ou a ausência de reconhecimento da importância do trabalho em equipa da equipa multidisciplinar também foi mencionado como um fator de possibilidade de ocorrência de erro (Campino, Lopez-Herrera, Lopez-de-Heredia, & Valls-i-Soler, 2009).

Para evitar ou minimizar o erro terapêutico, os artigos incluídos no estudo realçam algumas estratégias, tais como:

- ✓ cumprir os cinco certos recomendados - nome e unidade da criança, nome do medicamento, dose, diluição e a hora (Bradley et al., 2011; Rocha et al., 2018);
- ✓ a dupla verificação independente (Bradley et al., 2011; Rishoej et al., 2018);
- ✓ identificar os medicamentos com rótulos personalizados, aquando da preparação (Larsen, Parker, Cash, O'Connel, & Grant et al., 2005; Rocha et al., 2018);
- ✓ colocar os medicamentos de cada criança numa única bandeja (Rocha et al., 2018);

- ✓ nunca colocar uma seringa com medicação oral protegida com uma agulha (Rocha et al., 2018);
- ✓ o recurso à utilização de bombas de perfusão, para garantir a administração da dose correta (Larsen et al., 2005; Chedoe et al., 2007; Bradley et al., 2011; Matti, Nguyen, Mosel, & Grzeskowiak, 2018; Rocha et al., 2018);
- ✓ ter os medicamentos com rótulos idênticos separados (Rocha et al., 2018);
- ✓ a existência de medicação pronta a usar, para situações de emergência (Rishoej et al., 2018);
- ✓ o uso de checklists de procedimentos (Rocha et al., 2018);
- ✓ a utilização de leitor de código de barras para administrar os medicamentos (Bradley et al., 2011; Rishoej et al., 2018);
- ✓ a existência de sistemas informáticos de prescrição (Chedoe et al., 2007; Campino et al., 2009; Bradley et al., 2011; Matti et al., 2018; Rishoej et al., 2018);
- ✓ a verificação das prescrições pelos farmacêuticos do hospital (Bradley et al., 2011; Matti et al., 2018);
- ✓ formação profissional (Larsen et al., 2005; Campino et al., 2009; Bradley et al., 2011; Santesteban et al., 2015; Rishoej et al., 2018; Rocha et al., 2018);
- ✓ envolvimento dos pais como parceiros de cuidados (Rishoej et al., 2018; Rocha et al., 2018);
- ✓ o trabalho em equipa (Campino et al., 2009; Rishoej et al., 2018);
- ✓ a existência de um sistema de notificação de eventos adversos/erros nas unidades (Bradley et al., 2011; Santesteban et al., 2015; Rocha et al., 2018).

A ausência de erros terapêuticos evitará eventos iatrogênicos indesejados em neonatologia (Santesteban et al., 2015), sendo que o uso de novas tecnologias neste contexto permitirá aos profissionais de saúde proporcionar cuidados mais seguros (Larsen et al., 2005). Contudo, é necessário que se verifique uma mudança na cultura das instituições relativamente ao reporte de erro e auditorias (Santesteban et al., 2015).

CONCLUSÃO

O erro terapêutico em Unidades de cuidados Intensivos Neonatais é uma preocupação dos enfermeiros, dada a vulnerabilidade acrescida dos neonatos. A realização da dupla verificação da terapêutica, a utilização de prescrição eletrónica, de bombas inteligentes de perfusão de medicação, de um sistema de código de barras e o suporte de farmacêuticos nas unidades, são estratégias essenciais para prevenir o erro na administração de

terapêutica. A parceria de cuidados com os pais poderá ser outro fator importante, pela familiarização que vão adquirindo com o tratamento do seu filho. Dada a importância da adoção de estratégias, nos vários artigos analisados, sobre o erro terapêutico, denota-se a necessidade da realização de mais estudos na área de neonatologia pelo impacto que ocorre nestes seres mais vulneráveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Abreu, A. P. (2015). *Erro associado à Gestão da Terapêutica pelo Enfermeiro: percepção dos Enfermeiros de um Hospital da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo* (tese de doutoramento). Universidade Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- 2 Álvares, S. (2005). *Errar é Humano*. Nascer e Crescer. Revista do hospital de criança maria pia, XIV: 2, 71.
- 3 American Nurses Association (2002). *Statement of the American Nurses Association for the Institute of Medicine's Committee on Work Environment for Nurses and Patient Safety*. Washington, DC: ANA, 1-8. Disponível em: http://ojin.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/MediaResources/PressReleases/2006_1/ANAonWorkEnvironment.aspx;
- 4 Benner, P. et al. (2002). *Individual, Practice, and System Causes of Errors in Nursing: a taxonomy*. Nursing Outlook.
- 5 Bohomol, E.; Ramos, L. (2007). *Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente*. Revista Brasileira de Enfermagem, 60(16), 32-36;
- 6 Bradley, C., Dewitt, E. C., Kucharski, K., & Toole, S. (2011). *Implementing Change in Pediatric Care Practices Based on a Safety Event Reporting System*. Newborn & infant nursing reviews. Doi:10.1053/j.nainr.2010.12.007
- 7 Branco, S. L. (2019). *Erros de Medicação em Pediatria – Estratégias de prevenção adotadas pelos enfermeiros: revisão sistemática da literatura*. Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.
- 8 Campino, A., Lopez-Herrera, M. C., Lopez-de-Heredia, I., & Valls-i-Soler, A. (2009). *Educational strategy to reduce medication errors in a neonatal intensive care unit*. Acta Pædiatrica, 782-85. Doi:10.1111/j.1651-2227.2009.01234.x

- 9 Carreira, P. (2013). *Erro terapêutico em Pediatria: Perspetivas e práticas dos enfermeiros*. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15916/1/Erro%20Terap%C3%AAutico%20em%20Pediatria.pdf>;
- 10 Chedoe, I., Molendijk, H., Dittrich, S., Jansman, F., Harting, J., Brouwers, J., & Taxis, K. (2007). *Incidence and Nature of Medication Errors in Neonatal Intensive Care with Strategies to Improve Safety*. *Drug Safety*, 30(6), 503-13.
- 11 Declaração de Luxemburgo sobre a segurança dos doentes (2005). *Segurança dos doentes: torná-la uma realidade!* Pag. 4-5. Disponível em: <https://www.apifarma.pt/publicacoes/newsletters/NA/Documents/NA26.pdf>;
- 12 Diz, E.; Gomes, M. (2008). *Causas de Erros na Medicação*. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 5-14. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2836/1/Causas%20de%20erro%20na%20medica%C3%A7%C3%A3o.pdf>;
- 13 Fragata, J. (2010). *Erro médico: A segurança dos doentes - Indicador de qualidade em saúde*. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Família*, 26(6), 564-570.
- 14 Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes*. Lisboa: Lidel.
- 15 Fragata, J.; Martins, L. (2008). *Erro em medicina, perspetivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Livraria Almedina. ISBN 978-972-40-2347-2;
- 16 Gouyon, J.; Cransac, A.; Sgro, C. (2012). *Prévention des erreurs médicamenteuses en néonatalogie: de la prescription à l'administration*. *Archives de Pédiatrie*, 19(9), 976-983;
- 17 Larsen, G. Y., Parker, H. B., Cash, J., O'Connell, M., & Grant, M. (2005). *Standard Drug Concentrations and Smart-Pump Technology Reduce Continuous-Medication-Infusion Errors in Pediatric Patients*. *Pediatrics*, 116(1), 21-25. Doi: 10.1542/peds.2004-2452
- 18 Matti, N., Nguyen, M., Mosel, C., & Grzeskowiak, L. E. (2018). *Utilization of neonatal medication error prevention strategies: a clinical practice survey of Australian and New Zealand neonatal units*. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 9(11), 609-17. <https://doi.org/10.1177/2042098618796952>
- 19 National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (2001). *Taxonomy of Medication Errors*.

- 20 Ordem Dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Boletim Divulgar*. Revisão em 2012. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidad e-dos-cuidados.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidad-e-dos-cuidados.pdf);
- 21 Ordem Dos Enfermeiros (2006). *Tomada de posição sobre a segurança do cliente*. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadas posicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadas-posicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf);
- 22 PNAE (2012). *Erros de medicação em Neonatologia e Pediatria*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2012/Tomada_Posicao_Erros_PNAE%202012.pdf;
- 23 Reasson, J. (2008). *Human Error*. 19^a ed. New York: Cambridge University Press. ISBN 978-0-521-31419-0.
- 24 Richey, R., et al. (2013). *Manipulation of drugs to achieve the required dose is intrinsic to paediatric practice but is not supported by guidelines or evidence*. *BMC Pediatr*, 13: 81.
- 25 Rishoej, R., Nielsen, H., Strzelec, S., Refer, J., Beck, S., Gramstrup, H., ... Almarsdóttir, A. (2018). *Qualitative exploration of practices to prevent medication errors in neonatal intensive care units: a focus group study*. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 9(7), 343-53. <https://doi.org/10.1177/2042098618771541>
- 26 Rocha, C. M., Gomes, G. C., Ribeiro, J. P., Mello, M., Oliveira, A. M., & Maciel, J. B. (2018). *Safe Administration of Medication in Neonatology and Pediatrics: Nursing Care*. *Journal of Nursing UFPE Online*, 12(12), 3239-46. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a235858p3239-3246-2018>
- 27 Santesteban, E., Arenas, S., & Campino, A. (2015). *Medication errors in neonatal care: A systematic review of types of errors and effectiveness of preventive strategies*. *Journal of Neonatal Nursing*, 21, 200-208. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2015.04.002>
- 28 The Joanna Briggs Institute (JBI, 2019). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2017 edition/Supplement [Internet]*. The Joana Briggs Institute, editor. Disponível em: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MA NUAL/11.2+Development+of+a+scoping+review+protocol>.

APÊNDICE II – Poster “Estratégias para prevenir o erro na administração da terapêutica na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: a *Scoping Review*” no âmbito da participação no 3º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.



III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

Estratégias para prevenir o erro na administração da terapêutica na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: a Scoping Review

Galo, Selma^a, Caldeira, Sílvia^b; Charepe, Zaida^b; Lourenço, Margarida^b; Nunes, Elisabete^b

Afiliação: ^aEnfermeira de Cuidados Gerais na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital S. Francisco Xavier; ^bMestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; ^cInstituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

INTRODUÇÃO

Em Portugal, a qualidade em saúde teve início nos anos 80 (Abreu, 2015). A Ordem dos Enfermeiros destaca a importância de criar sistemas de qualidade de saúde (OE, 2001). A segurança do doente é fulcral nos cuidados de saúde, pois é um dos pilares da qualidade dos cuidados (Carreira, 2013). O erro de medicação é um incidente evitável que pode levar a um uso inadequado de medicação ou causar dano no utente (PNAE, 2012). Estes incidentes devem-se a práticas profissionais, aos produtos, aos procedimentos ou aos sistemas (Diz & Gomes, 2008). O erro de medicação pode ser de: prescrição, horário, dose, apresentação, preparação e de administração, entre outros (NCCMERP, 2001). Para a sua minimização, os enfermeiros devem seguir os certos da administração da terapêutica: administrar o medicamento certo, ao doente certo, na dose certa, no momento certo, através da via certa e com o registo certo (PNAE, 2012). Os bebés/crianças correm maior risco de erros de medicação que os adultos (PNAE 2012), visto os medicamentos em pediatria terem uma maior manipulação, promovendo imprecisões e falhas relativamente à estabilidade e biodisponibilidade do medicamento, levando à administração de doses tóxicas ou subterapêuticas (Richey et al., 2013). Assim, a prevenção do erro implica o envolvimento de todos e para isso é fundamental reconhecermos que acontece (PNAE, 2012). E só após conhecermos as estratégias de prevenção a esta problemática é que poderemos contribuir para um enriquecimento científico.

OBJETIVO

Mapear o conhecimento sobre as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para prevenir o erro terapêutico na fase da administração em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se uma revisão scoping, seguindo a metodologia proposta pela Joanna Briggs Institute (2019), nas bases de dados EBSCOhost (MEDLINE e CINAHL), nos idiomas português e inglês, com os termos de pesquisa (MH "Medication Errors" OR "prevention strategies") AND MH "Patient safety" AND (MH "Neonatal Nursing" OR MH "Intensive care units, neonatal"). A seleção dos artigos foi feita por 2 revisores independentes que realizaram a extração dos dados.

Os critérios de inclusão tiveram em conta o **PCC**:
Tipo de participantes – Enfermeiros de uma UCIN
Conceito – Estratégias usadas para prevenir o erro na administração da terapêutica
Contexto – Prestação de cuidados em UCIN

RESULTADOS

De um total de 69 artigos, foram incluídos nesta revisão 8 estudos. A análise dos dados revelou os seguintes resultados:

Estratégias que diminuíam significativamente o erro na administração da terapêutica

- Formação específica e adequada (Rishoej et al., 2018);
- Cumprir os certos recomendados (Rocha et al., 2018);
- Utilizar uma seringa com o nome do medicamento, colocar os medicamentos de cada criança numa única bandeja e nunca colocar uma seringa com medicação oral protegida com uma agulha (Rocha et al., 2018);
- Segregar os medicamentos com rótulos idênticos (Rocha et al., 2018);
- Realizar dupla verificação da terapêutica por dois profissionais de saúde (Bradley et al., 2011);
- Utilizar prescrição eletrónica (Rishoej et al., 2018);
- Utilizar bombas inteligentes de perfusão de medicação (Bradley et al., 2011);
- Utilizar um sistema de código de barras para administração da terapêutica (Bradley et al., 2011);
- Envolvimento dos pais como parceiros de cuidados (Rishoej et al., 2018);
- Notificar os eventos adversos (Rocha et al., 2018).

CONCLUSÃO

O erro terapêutico em Unidades de cuidados Intensivos Neonatais é uma preocupação dos enfermeiros, dada a vulnerabilidade acrescida dos neonatos. A realização da dupla verificação da terapêutica, a utilização de prescrição eletrónica, de bombas inteligentes de perfusão de medicação, de um sistema de código de barras e o suporte de farmacêuticos nas unidades, são estratégias essenciais para prevenir o erro na administração de terapêutica. A parceria de cuidados com os pais poderá ser outro fator importante, pela familiarização que vão adquirindo com o tratamento do seu filho. Dada a importância da adoção de estratégias, nos vários artigos analisados, sobre o erro terapêutico, denota-se a necessidade da realização de mais estudos na área de neonatologia pelo impacto que ocorre nestes seres mais vulneráveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A. P. (2015). *Erro associado à Gestão da Terapêutica pelo Enfermeiro: perceção dos Enfermeiros de um Hospital do Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo* (tese de doutoramento). Universidade Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Bradley, C., et al. (2011). *Implementing Change in Pediatric Care Practices Based on a Safety Event Reporting System: Newborn & Infant Nursing Review*, vol. 11, nº 1, 19-16.
- Carreira, S. L. (2013). *Erros de Medicação em Pediatria – Estratégias de prevenção adotadas pelos enfermeiros: revisão estruturada de literatura*. Escola Superior de Saúde de Viana, Portugal.
- Carreira, F. (2013). *Erros terapêuticos em Pediatria: Registo e prática dos enfermeiros*. Disponível em: <https://ojs.uevora.pt/revistas/19466/du/15/114/1/erros%20terap%20pediatria.pdf>
- Chardon, I., et al. (2007). *Incidência and Nature of Medication Errors in Neonatal Intensive Care with strategies to improve Safety*. Drug Safety, 30(6), 503-512.
- Diz, E., Gomes, M. (2008). *Causas de Erros na Medicação: Revisão de Investigação em Enfermagem*, 5-14. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-98-96-31000-1_1. Consultado em 20/08/2024.
- Latham, G. T., et al. (2005). *Standard Drug Concentrations and Smart Pump Technology Reduce Continuous Medication Infusion Errors in Pediatric Patients*. Pediatrics, vol. 116, nº 1, p. 421-425.
- Mart, N., et al. (2018). *Utilisation of neonatal medication error prevention strategies: a clinical practice survey of Australian and New Zealand neonatal units*. Therapeutic Advances in Drug Safety, 9(1), 609-617.
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (2001). *Lexicomy of Medication Errors*.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Boletim Oficial. Resolvido em 2012. Disponível em: <https://www.ordenenfermeiros.pt/media/990/obofugapadrendequilidadecuidados.pdf>
- PNAE (2012). *Erros de medicação em Neonatologia e Pediatria*. Disponível em: https://www.ordenenfermeiros.pt/revistas/comunicacao/Documentos/2012/Tomada_Posicao_Erros_PNAE%202012.pdf
- Richey, R., et al. (2013). *Manipulation of drugs to achieve the required dose is intrinsic to pediatric practice but is not supported by guidelines or evidence*. BMC Pediatrics, 13-30.
- Rishoej, R. M., et al. (2018). *Qualitative exploration of practices to prevent medication errors in neonatal intensive care units: a focus group study*. Therapeutic Advances in Drug Safety, 9(7), 343-353.
- Rocha, C. M., et al. (2018). *Self-Administration of Medication in Neonatology and Pediatrics: Nursing Care*. Journal of Nursing LFPF Online, Recife, 12(12), 3229-3246.
- Sarabadani, E., Arames, S., Campino, A. (2015). *Medication errors in neonatal care: A systematic review of types of errors and effectiveness of prevention strategies*. Journal of Neonatal Nursing, 21, 200-208.
- The Joanna Briggs Institute (2019). *Joanna Briggs Institute Reviewers Manual: 2017 edition* [Supplement]. The Joanna Briggs Institute, editor. Disponível em: <https://www.joannabriggs.org/ta/ta-scoping-review-protocol>



APÊNDICE III – Norma da dupla verificação da terapêutica

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº ____ TEMA Dupla Verificação de Medicação	NOC nº ____ Unidade de Neonatologia Emissão: Julho 2020 Revisão: Julho 2023 Página: 1 de 12
--	--	---

1. Objetivos:

- Sensibilizar os profissionais de saúde sobre princípios gerais para administração de terapêutica;
- Aumentar a segurança do medicamento e do utente;
- Prevenir erros de medicação e incidentes;
- Uniformizar os cuidados de enfermagem através da implementação da Técnica de Dupla Verificação na administração de terapêutica;
- Uniformizar, em B-Simple, os registos da dupla verificação na administração da terapêutica.

2. População alvo:

- RN doente e/ou prematuro com internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do [REDACTED]

3. Utilizadores:

- Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do [REDACTED]

4. Definições, Conceitos e Fundamentos:

Os Enfermeiros devem ter como objetivo proporcionar cuidados de alta qualidade, seguros e baseados em evidência científica (Elliott & Liu, 2010). Assim, o papel do enfermeiro é de extrema relevância dado que a segurança do doente engloba todas as vertentes da prestação de cuidados, principalmente no âmbito da medicação. Desta forma, é extremamente pertinente a redução do risco associado ao erro terapêutico através de estratégias de prevenção.

Segundo a National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, citado por Diz & Gomes (2008, p. 6), o Erro de Medicação é:

ELABORADO POR: Enfª Selma Gaio Sob Orientação da Enfª Especialista e Mestre Data: Junho 2020	REVISTO POR: [REDACTED] Data:	APROVADO POR: Direção de Enfermagem [REDACTED] Data:
---	---	---

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº ____ TEMA Dupla Verificação de Medicação	NOC nº ____ Unidade de Neonatologia Emissão: Julho 2020 Revisão: Julho 2023 Página: 2 de 12
--	--	---

“qualquer incidente prevenível que pode causar dano ao paciente ou dar lugar à utilização inapropriada dos medicamentos, quando estes estão sob controlo dos profissionais de saúde, do paciente ou consumidor. Estes incidentes podem estar relacionados com as práticas profissionais, com os produtos, com os procedimentos ou com os sistemas, e incluem as falhas na prescrição, comunicação, etiquetação, embalagem, denominação, preparação, dispensação, distribuição, educação, seguimento e utilização dos medicamentos”.

Segundo as PNAE (2012), os erros terapêuticos decorrem nas várias etapas do processo entre o momento da prescrição até ao momento da administração, onde prevalece as falhas ativas e as condições latentes. As falhas ativas estão associadas a erros no cálculo das doses, ao desconhecimento dos profissionais e ao não seguimento dos protocolos, enquanto que as condições latentes estão relacionadas com a inexperiência, fadiga pessoal e equipamentos desadequados.

PNAE (2012) refere “seis certos” da administração de medicamentos: administrar o Medicamento certo, ao Doente certo, na Dose certa, no Momento certo, através da Via certa e com o Registo certo. Sales, Quintão & Teixeira (2018) abordam 9 “certos”: Medicamento certo, Hora certa, Dose certa, Via certa, Doente certo, Registo certo, Preparação certa, Conhecimento certo e Educação certa.

Fragata, citado por Carreira (2013) refere que os erros terapêuticos são qualquer tipo de erros que sejam provocados durante o processo de utilização do medicamento e podem causar danos (“ocorrências indesejáveis que causaram dano, por atos cometidos ou por uma qualquer omissão”) ou não causar danos - *near miss* (“situação que só não produziu danos porque se verificou uma recuperação ativa, baseada na atuação humana e/ou no sistema da organização, que permitiram recuperar uma trajetória certa de acidente, fazendo abortá-la, sem consequências”) (Carreira, 2013, p. 12-13).

Walsh, Kaushal & Chessare (2005, p. 698) referem que “os erros de medicação potencialmente causadores de prejuízo podem ser três vezes mais comuns na

ELABORADO POR: Enfª Selma Gaio Sob Orientação da Enfª Especialista e Mestre Data: Junho 2020	REVISTO POR: Data:	APROVADO POR: Direção de Enfermagem Data:
---	---------------------------	---

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº ____ TEMA Dupla Verificação de Medicação	NOC nº ____ Unidade de Neonatologia Emissão: Julho 2020 Revisão: Julho 2023 Página: 3 de 12
--	--	---

população pediátrica do que nos adultos”, pelo que em Pediatria uma grande parte dos erros clínicos evitáveis são os erros terapêuticos (PNAE, 2012).

Em crianças hospitalizadas esta temática é, particularmente, preocupante tornando-se urgente trabalhá-la de forma a definir estratégias de intervenção. Segundo Carreira (2013, p. 21), o facto de haver necessidade, nesta faixa etária, de realizar “cálculos de posologias baseados no peso, idade e no problema de saúde da criança” leva a um aumento do risco de ocorrência de erro terapêutico, potenciado por registos incorretos do peso da criança e pela imaturidade de alguns profissionais, principalmente na execução de cálculos aritméticos. Outra causa potenciadora de erro corresponde ao facto de a maioria dos medicamentos apresentarem posologias para adultos e, desta forma, exige a manipulação do mesmo pelos enfermeiros ou farmacêuticos. Este facto, segundo Richey et al. (2013) promove imprecisões e desconhecimento relativamente à estabilidade e biodisponibilidade do medicamento, que pode originar a administração de doses tóxicas ou subterapêuticas.

Carvalho, citado por Carreira (2013) veio reforçar estas questões, mencionando que os cuidados intensivos neonatais e pediátricos têm maior probabilidade de ocorrência de erros terapêuticos pelo elevado número de intervenções que implicam a utilização de medicação mais agressiva pela complexidade crítica do doente e pela ocorrência de situações de emergência inesperadas. Gouyon, Cransac & Sgro (2012) referem que a prevalência dos erros de medicação é três vezes superior em unidades de cuidados intensivos neonatais comparando com a de adultos e os potenciais efeitos adversos são quatro vezes mais frequentes do que em pediatria, pela imaturidade fisiológica do neonato (imaturidade renal, hepática e imunitária) e incapacidade de comunicação de qualquer efeito adverso (Carreira, 2013).

Assim, as crianças e, principalmente, os recém-nascidos correspondem a um grupo de risco acrescido no âmbito do erro terapêutico (Branco, 2019). A JCI (2017, p. 102) define que as crianças são consideradas pacientes de alto risco por “não poderem

ELABORADO POR: Enfª Selma Gaio Sob Orientação da Enfª Especialista e Mestre Data: Junho 2020	REVISTO POR: Data:	APROVADO POR: Direção de Enfermagem Data:
---	-------------------------------	---

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº ____ TEMA Dupla Verificação de Medicação	NOC nº ____ Unidade de Neonatologia Emissão: Julho 2020 Revisão: Julho 2023 Página: 4 de 12
--	--	---

responder por si próprios, não compreenderem o processo de cuidado e não serem capazes de participar das decisões sobre seu cuidado".

Ainda no mesmo foco, para desenvolvermos estratégias de prevenção da ocorrência do erro terapêutico é essencial identificar que tipos de erros existem. López et al (2003) expõem, com base no NCCMERP (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention), a classificação dos tipos de erro na medicação, tais como: erro na prescrição, erro de omissão, erro no horário, erro na preparação, erro de via, erro de dosagem, erro na administração de medicamento não prescrito, erro devido à técnica incorreta de administração, erro da não adesão do utente.

A preparação e administração de terapêutica é uma ação intrínseca ao método de cuidar na profissão de enfermagem. Esta ação exige uma responsabilidade acrescida durante a mesma pelo impacto negativo que possivelmente a ocorrência de um erro possa provocar no agravamento do estado clínico do doente, implicando a segurança dos cuidados e da pessoa e a necessidade de mobilizar recursos, levando a maiores gastos.

A dupla verificação tem sido considerada uma estratégia preventiva na redução de erros na administração da terapêutica, por ser considerada a "última barreira" antes do erro causar dano ao doente (Sales, Quintão & Teixeira, 2018). Ainda que a eficácia da mesma não seja muito abordada na literatura, no entanto para podermos melhorar a segurança do doente implica gerir os riscos e implementar soluções para minimizar a sua recorrência.

Desta forma, a dupla verificação da terapêutica deve ser realizada antes da administração e tem a intenção de reduzir o potencial dano para o doente.

O procedimento de dupla verificação é realizado por dois profissionais de saúde em que têm de confirmar a prescrição, a dosagem, o doente, a preparação, a hora e a via de administração (Fluxograma 1) (Sales, Quintão & Teixeira, 2018). O objetivo desta prática é garantir que os medicamentos administrados ao doente produzam um resultado terapêutico benéfico e, conseqüentemente, não ocorram erros de medicação.

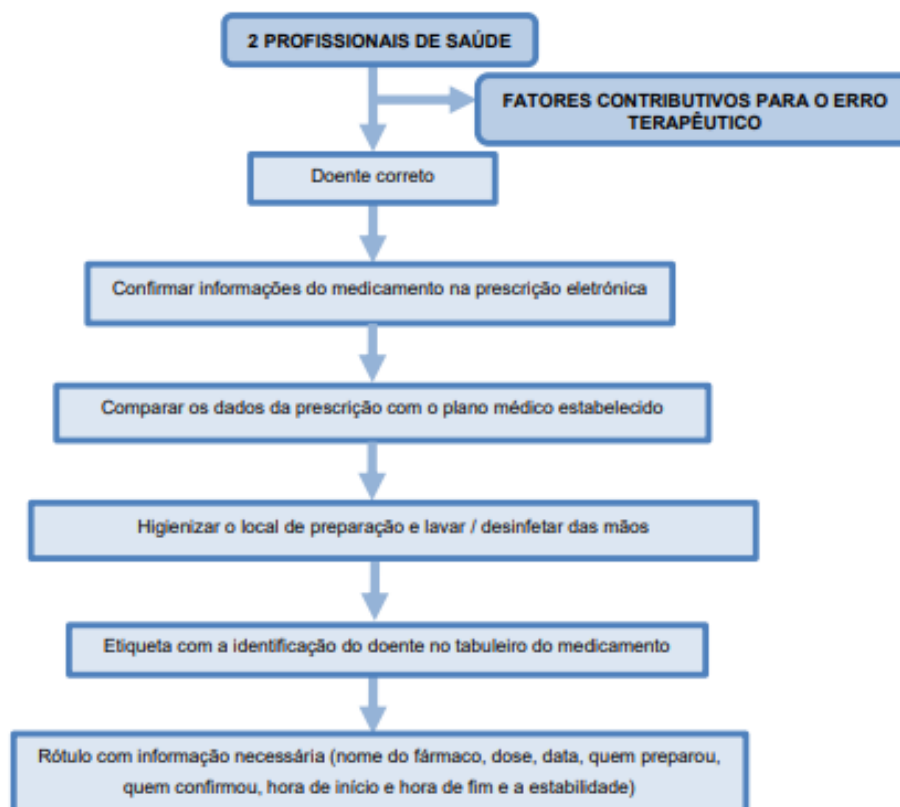
ELABORADO POR: Enfª Selma Gaio Sob Orientação da Enfª Especialista e Mestre Data: Junho 2020	REVISTO POR: Data:	APROVADO POR: Direção de Enfermagem Data:
---	-------------------------------	---

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº ____ TEMA Dupla Verificação de Medicação	NOC nº ____ Unidade de Neonatologia Emissão: Julho 2020 Revisão: Julho 2023 Página: 5 de 12
--	--	---

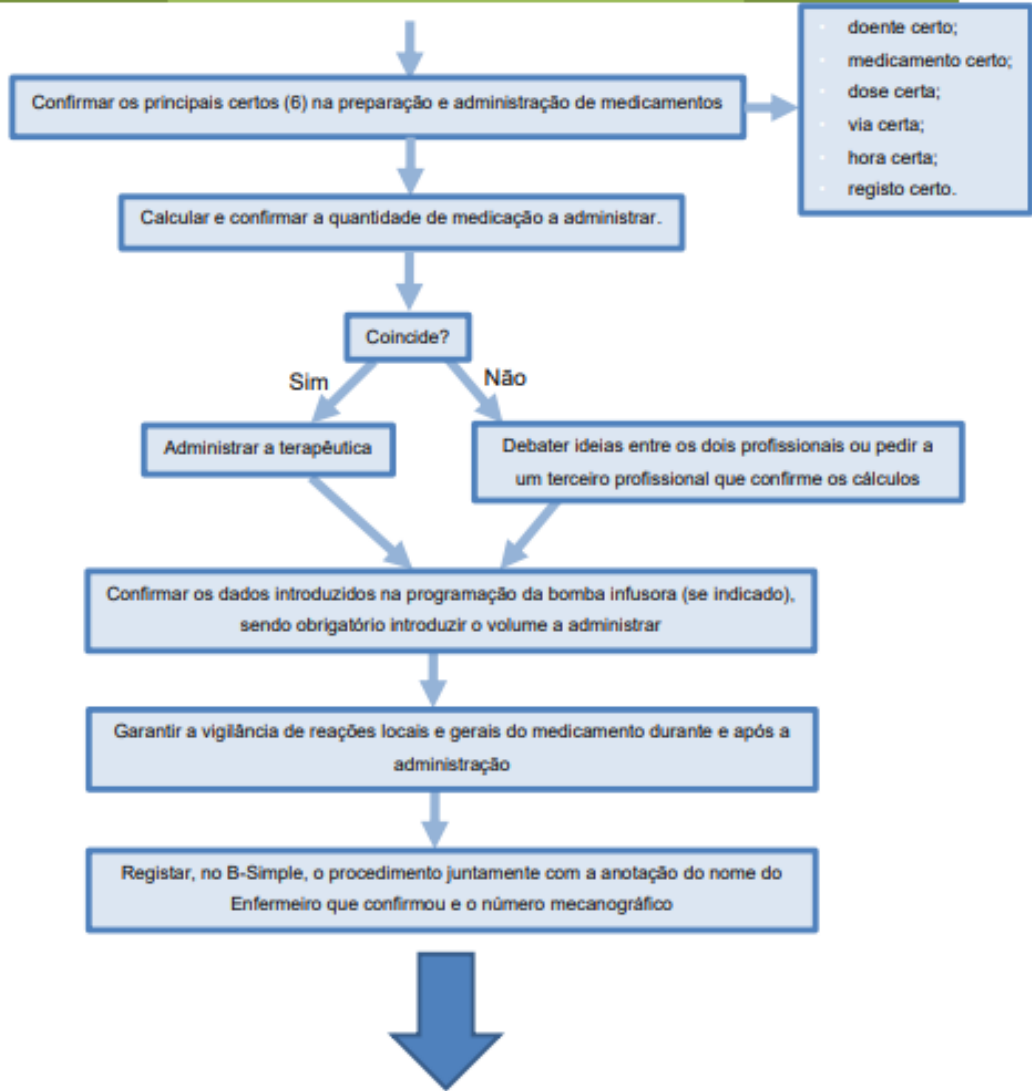
A Dupla verificação da terapêutica na Unidade de Neonatologia será realizada para toda a medicação prescrita, exceto terapêutica de utilização regular nos recém-nascidos saudáveis: ferro, polivitamínico, vitamina D e domperidona, de acordo com as diretrizes definidas em reunião de serviço.

5. Fluxograma:

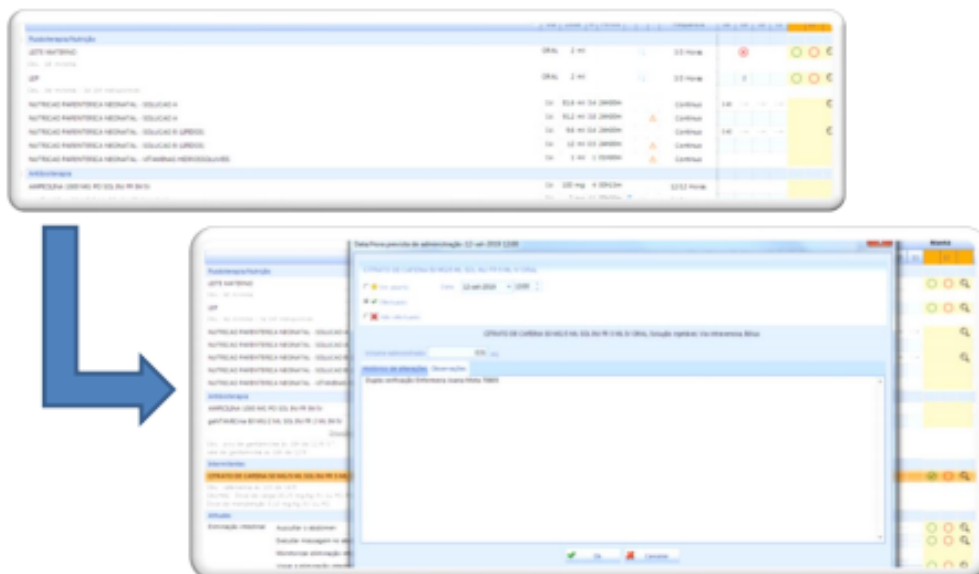
Fluxograma 1 – Passos para a Dupla verificação da terapêutica



ELABORADO POR: En ^ª Selma Gaio Sob Orientação da En ^ª Especialista e Mestre Data: Junho 2020	REVISTO POR: Data:	APROVADO POR: Direção de Enfermagem Data:
---	---------------------------	---



	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº ____ TEMA Dupla Verificação de Medicação	NOC nº ____ Unidade de Neonatologia Emissão: Julho 2020 Revisão: Julho 2023 Página: 7 de 12
--	--	---



6. Recursos equipamento/material:

- Computador com sistema de informação em saúde (B-Simple),
- Calculadora.

ELABORADO POR: Enfª Selma Gaio Sob Orientação da Enfª Especialista e Mestre <div style="background-color: black; width: 80px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> Data: Junho 2020	REVISTO POR: <div style="background-color: black; width: 120px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> Data:	APROVADO POR: Direção de Enfermagem <div style="background-color: black; width: 120px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> Data:
--	---	---

	<p>NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº ____</p> <p>TEMA</p> <p>Dupla Verificação de Medicação</p>	<p>NOC nº ____</p> <p>Unidade de Neonatologia</p> <p>Emissão: Julho 2020</p> <p>Revisão: Julho 2023</p> <p>Página: 8 de 12</p>
--	---	--

7. Procedimento:

Para a realização do procedimento de **Dupla verificação** devem ser percorridas diversas etapas, tendo em conta uma premissa fundamental: estas devem ser validadas sempre por **2 profissionais** de saúde.

A primeira preocupação será a redução de fatores contributivos para o erro terapêutico:

- ✓ Fatores ambientais (p. ex. barulho, estímulos visuais e auditivos como o telemóvel, etc),
- ✓ Fatores fisiológicos (p. ex. sono, fadiga, sobrecarga de trabalho, uso de medicação, etc),
- ✓ Fatores psicológicos (p. ex. ansiedade, stress, conflitos, desmotivação, etc).

Seguidamente devem ser cumpridas diversas etapas:

- Verificar que o doente selecionado é o correto:
 - nome completo,
 - número do processo;
- Confirmar todas as informações do medicamento contidas na prescrição eletrónica:
 - princípio ativo,
 - via de administração,
 - posologia;
- Comparar os dados da prescrição com o plano médico estabelecido e em caso de dúvida esclarecer com o médico responsável;
- Realizar a higienização do local de preparação e a lavagem/desinfecção das mãos;
- Colocar uma etiqueta com a identificação do doente (nome completo e número do processo) no tabuleiro onde irá ser preparado e colocado o medicamento a administrar;
- Colocar um rótulo com toda a informação necessária (nome do fármaco, dose, data, quem preparou, quem confirmou, hora de início e hora de fim e a estabilidade);

<p style="font-size: x-small;">ELABORADO POR: Enfª Selma Gaio Sob Orientação da Enfª Especialista e Mestre</p> <p style="background-color: black; width: 80px; height: 15px; margin: 5px auto;"></p> <p style="font-size: x-small;">Data: Junho 2020</p>	<p style="font-size: x-small;">REVISTO POR:</p> <p style="background-color: black; width: 120px; height: 15px; margin: 5px auto;"></p> <p style="font-size: x-small;">Data:</p>	<p style="font-size: x-small;">APROVADO POR: Direção de Enfermagem</p> <p style="background-color: black; width: 120px; height: 15px; margin: 5px auto;"></p> <p style="font-size: x-small;">Data:</p>
--	---	--

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº ____ TEMA Dupla Verificação de Medicação	NOC nº ____ Unidade de Neonatologia Emissão: Julho 2020 Revisão: Julho 2023 Página: 9 de 12
--	--	---

- Confirmar os principais certos (6) na preparação e administração de medicamentos:
 - doente certo,
 - medicamento certo,
 - dose certa,
 - via certa,
 - hora certa,
 - registo certo;
- Calcular a quantidade de medicação a administrar;
- Pedir a outro profissional de saúde que confirme todos os passos referidos anteriormente e que calcule o que tem de se administrar;
- Se os cálculos coincidirem entre os dois profissionais, administrar a terapêutica à criança;
- Se os cálculos não coincidirem, partilharem ideias e debaterem as mesmas entre os dois profissionais ou pedirem a um terceiro profissional que confirme os cálculos.
- Confirmar sempre os dados introduzidos na programação da bomba infusora (se for o caso), sendo obrigatório introduzir o volume a administrar;
- Garantir a vigilância de reações locais e gerais do medicamento durante e após a administração;
- Registrar, no B-Simple (PCE), a realização da dupla verificação da terapêutica juntamente com a anotação do nome do Enfermeiro que confirmou e o número mecanográfico:
 - Validar prescrição médica,
 - Campo "Observações":
 - Dupla verificação realizada por Enf. _____ (nº mecanográfico _____)
 - "Ok"

ELABORADO POR: Enfª Selma Galo Sob Orientação da Enfª Especialista e Mestre Data: Junho 2020	REVISTO POR: Data:	APROVADO POR: Direcção de Enfermagem Data:
---	---------------------------	--

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº ____ TEMA Dupla Verificação de Medicação	NOC nº ____ Unidade de Neonatologia Emissão: Julho 2020 Revisão: Julho 2023 Página: 10 de 12
--	--	--

8. Referências Bibliográficas:


- American Nurses Association (2002). *Statement of the American Nurses Association for the Institute of Medicine's Committee on Work Environment for Nurses and Patient Safety*. Washington, DC: ANA, 1-8. Disponível em: http://ojin.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/MediaResources/PressReleases/2006_1/ANAonWorkEnvironment.aspx;
- Association National Safety Pediatrics (ANSP, 2007). *Medication errors in pediatric care: a systematic review of epidemiology and na evaluation of evidence supporting reduction strategy recommendations*. USA: Johns Hopkins Children's Center.
- Bohomol, E.; Ramos, L. (2007). *Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente*. Revista Brasileira de Enfermagem, 60(16), 32-36.
- Branco, S. L. (2019). *Erros de Medicação em Pediatria – Estratégias de prevenção adotadas pelos enfermeiros: revisão sistemática da literatura*. Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.
- Carreira, P. (2013). *Erro terapêutico em Pediatria: Perspetivas e práticas dos enfermeiros*. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15916/1/Erro%20Terap%C3%AAutico%20em%20Pediatria.pdf>;
- Diz, E.; Gomes, M. (2008). *Causas de Erros na Medicação*. Revista de Investigação em Enfermagem, 5-14. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2836/1/Causas%20de%20erro%20na%20medica%C3%A7%C3%A3o.pdf>;
- Fragata, J. (2010). *Erro médico: A segurança dos doentes – Indicador de qualidade em saúde*. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Família, 26(6), 564-570.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes*. Lisboa: Lidel.

ELABORADO POR: Enfª Selma Gaio Sob Orientação da Enfª Especialista e Mestre Data: Junho 2020	REVISTO POR: Data:	APROVADO POR: Direção de Enfermagem Data:
---	-------------------------------	---

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº ____ TEMA Dupla Verificação de Medicação	NOC nº ____ Unidade de Neonatologia Emissão: Julho 2020 Revisão: Julho 2023 Página: 11 de 12
--	--	--

- Fragata, J.; Martins, L. (2008). *Erro em medicina, perspetivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Livraria Almedina. ISBN 978-972-40-2347-2.
- Gouyon, J.; Cransac, A.; Sgro, C. (2012). *Prévention des erreurs médicamenteuses en néonatalogie: de la prescription à l'administration*. Archives de Pédiatrie, 19(9), 976-983.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (2017). *Joint Commission International accreditation standards for Hospitals*. 6ª ed., ISBN 978-1-59940-989-4.
- Lage, M. J. (2011). *Segurança do doente: da teoria à prática clínica*. Vol. 10, p. 11–16.
- Lobo, A. (2008). *O Erro na Administração de Medicação – Causas e Factores Contributivos e Atitudes dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/714/1/LC444.pdf>;
- López, M.J.O.; Jané, C.C.; Alonso, M.J.T.; Encinas, M.P. (2003). *Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación*. Farmacia Hospitalaria. Madrid. 27(3). P.137-49. Disponível em: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero24.pdf>;
- Ordem Dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Boletim Divulgar. Revisão em 2012. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>;
- Ordem Dos Enfermeiros (2006). *Tomada de posição sobre a segurança do cliente*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/toma-dasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf;
- PNAE (2012). *Erros de medicação em Neonatologia e Pediatria*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2012/Toma-da-Posicao_Erros_PNAE%202012.pdf;
- Richey, R., et al. (2013). Manipulation of drugs to achieve the required dose is intrinsic to paediatric practice 11u tis not supported by guidelines or evidence. *BMC Pediatr*, 13: 81.




ELABORADO POR: Enfª Selma Gaio Sob Orientação da Enfª Especialista e Mestre <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div> Data: Junho 2020	REVISTO POR: <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div> Data:	APROVADO POR: Direção de Enfermagem <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div> Data:
---	---	---

	<p>NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº ____</p> <p>TEMA</p> <p>Dupla Verificação de Medicação</p>	<p>NOC nº ____</p> <p>Unidade de Neonatologia</p> <p>Emissão: Julho 2020</p> <p>Revisão: Julho 2023</p> <p>Página: 12 de 12</p>
---	---	---

- Sales, L; Quintão, J. & Teixeira, M. (2018). Segurança na preparação e administração de medicação pelo enfermeiro: quantos são os “certos”? Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP, vol. 10.
- Sousa, P. (2019). *Segurança Do Paciente: criando organizações de saúde seguras*. Rio de Janeiro, 2ª ed. (revista e ampliada), ISBN 978-85-8432-062-2.
- Sousa, P.; Uva, A. S.; Serranheira, F. (2010). *Investigação e Inovação em Segurança do Paciente*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 10(10), p. 89–95.
- THE JOINT COMISSION (2017). *National Patient Safety Goals Effective January 2017*. 1–17.
- THE JOINT COMISSION (2017). *Hospital National Patient Safety Goals*.

9. Indicadores:

- Registo da dupla verificação (nome do Enfermeiro que verificou e número mecanográfico) de acordo com a presente norma.

<p>ELABORADO POR: Enfª Selma Gaio Sob Orientação da Enfª Especialista e Mestre </p> <p>Data: Junho 2020</p>	<p>REVISTO POR: </p> <p>Data:</p>	<p>APROVADO POR: Direção de Enfermagem </p> <p>Data:</p>
--	--	---

APÊNDICE IV – Norma de Ambiente Seguro

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº _____ TEMA Assegurar Ambiente Seguro	NOC nº ____ Unidade de Neonatologia Emissão: Junho 2020 Revisão: Junho 2023 Página: 1 de 11
--	--	---

1. Objetivos:

- Aumentar a segurança do utente;
- Prevenir incidentes junto dos utentes;
- Uniformizar regras de segurança através da implementação da check-list de verificação em cada turno;
- Uniformizar, em B-Simple, a check-list de verificação de turno.

2. População alvo:

- RN doente e/ou prematuro com internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do [REDACTED]

3. Utilizadores:

- Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital [REDACTED]

4. Definições, Conceitos e Fundamentos:

A segurança do doente tornou-se uma questão de elevada importância, sendo fulcral nos cuidados de saúde, pois é um dos pilares da qualidade (Carreira, 2013). Fragata (2010) refere que a segurança do doente é um elemento essencial na prestação de cuidados com qualidade. No entanto, a preocupação com a qualidade de cuidados não é um tema atual, pois se recuarmos ao ano de 1850, Florence Nightingale demonstrava "preocupação com a garantia da qualidade, procurando através dos registos das suas observações, aferir o nível de cuidados prestados e melhorar os serviços nas áreas mais deficitárias" (Carreira, 2013, p. 8).

Em Portugal, a preocupação com a qualidade em saúde teve início na década de 80 nos Centros de Saúde através da Direção Geral de Saúde. No entanto, só em 1989,

ELABORADO POR: Enfª Selma Gaio Sob a Orientação da Enfª Especialista e Mestre [REDACTED] Data: Junho 2020	REVISTO POR: [REDACTED] Data:	APROVADO POR: Direcção de Enfermagem [REDACTED] Data:
---	---	--

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº _____ TEMA Assegurar Ambiente Seguro	NOC nº ____ Unidade de Neonatologia Emissão: Junho 2020 Revisão: Junho 2023 Página: 2 de 11
--	--	---

surgiu a primeira Comissão da Qualidade em meio hospitalar no Hospital São Francisco Xavier (Abreu, 2015).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) elaborou o documento – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, onde refere a importância de criar sistemas de qualidade em saúde, assume que a "qualidade em saúde é tarefa multiprofissional" e refere que o que constitui a base fundamental da melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros é a produção de guias orientadores de boas práticas de cuidados de enfermagem (OE, 2001). Posteriormente, a Ordem dos Enfermeiros veio reforçar a preocupação sobre esta temática com a elaboração do documento "Tomada de posição sobre segurança do cliente" em 2006. Neste documento, refere que o enfermeiro "tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem" (OE, 2006, p. 4), tendo responsabilidade ética de promover um ambiente seguro de forma a reduzir os riscos e prevenir os eventos adversos e, desta forma, garantir a excelência de cuidados de qualidade e em segurança (OE, 2006).

Não existe qualidade se não existir segurança, por isso estão efetivamente ligadas uma à outra, visto que a segurança é um elemento essencial na qualidade em saúde (Abreu, 2015). E a segurança do doente está intrínseca à enfermagem e por isso os profissionais de enfermagem têm uma participação direta na implementação de estratégias de forma a prestar cuidados humanizados e de qualidade (Costa, 2019). Assim sendo, a segurança do doente é o ato de reduzir o "risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável" (Direção Geral de Saúde, 2011, p. 14).

Neste sentido, torna-se essencial a promoção de aplicação de instrumentos que viabilizam a segurança do doente e dos profissionais envolvidos, tal como a check-list (Costa, 2019). Também Fragata (2010) refere que, para tarefas de complexidade e repetição reconhecida, é essencial a existência de check-lists.

A Check-list é um instrumento crucial por ter um baixo custo na sua implementação, potenciar a capacitação dos profissionais em serviços hospitalares de alto risco e

ELABORADO POR: EnF Selma Gaio Sob a Orientação da EnF Especialista e Mestre _____ Data: Junho 2020	REVISTO POR: _____ Data:	APROVADO POR: Direção de Enfermagem _____ Data:
--	------------------------------------	--

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº _____ TEMA Assegurar Ambiente Seguro	NOC nº ____ Unidade de Neonatologia Emissão: Junho 2020 Revisão: Junho 2023 Página: 3 de 11
--	--	---

permitir a humanização dos cuidados prestados ao doente (Rateau et al., 2011). Além do mais, esta leva a mudanças positivas na organização do serviço contribuindo para a minimização de conflitos em situações inesperadas (Haynes et al., 2011).

Este instrumento constitui um indicador válido na área da segurança do doente e a sua utilização é cada vez mais comum, como recomendado pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Centers for Disease Control and Prevention, 2011). Para Oliveira et. al (2014) o enfermeiro é o profissional de saúde mais apto a implementar check-lists, visto que uma das suas principais aptidões é a observação. Desta forma, será o enfermeiro o profissional com maior capacidade de avaliação do ambiente envolvente do doente, nomeadamente ao nível da segurança.

Para que a implementação de um instrumento seja válida e eficaz, é essencial haver um feedback contínuo dos profissionais de enfermagem, pois este poderá melhorar a sua utilidade (Costa, 2019).

Desta forma, é implementada na Unidade de Neonatologia uma check-list de turno (preenchida 1 x turno), com vista à verificação da unidade individual dos recém-nascidos, tendo em conta a sua correta identificação e a funcionalidade dos dispositivos necessários para cada utente.

A check-list cumpre a metodologia ISBAR (Fluxograma 1), que "(...) representa cinco componentes-chave do processo de comunicação na transição de cuidados" (Ratajczyk & Cushway, 2013, p.38).

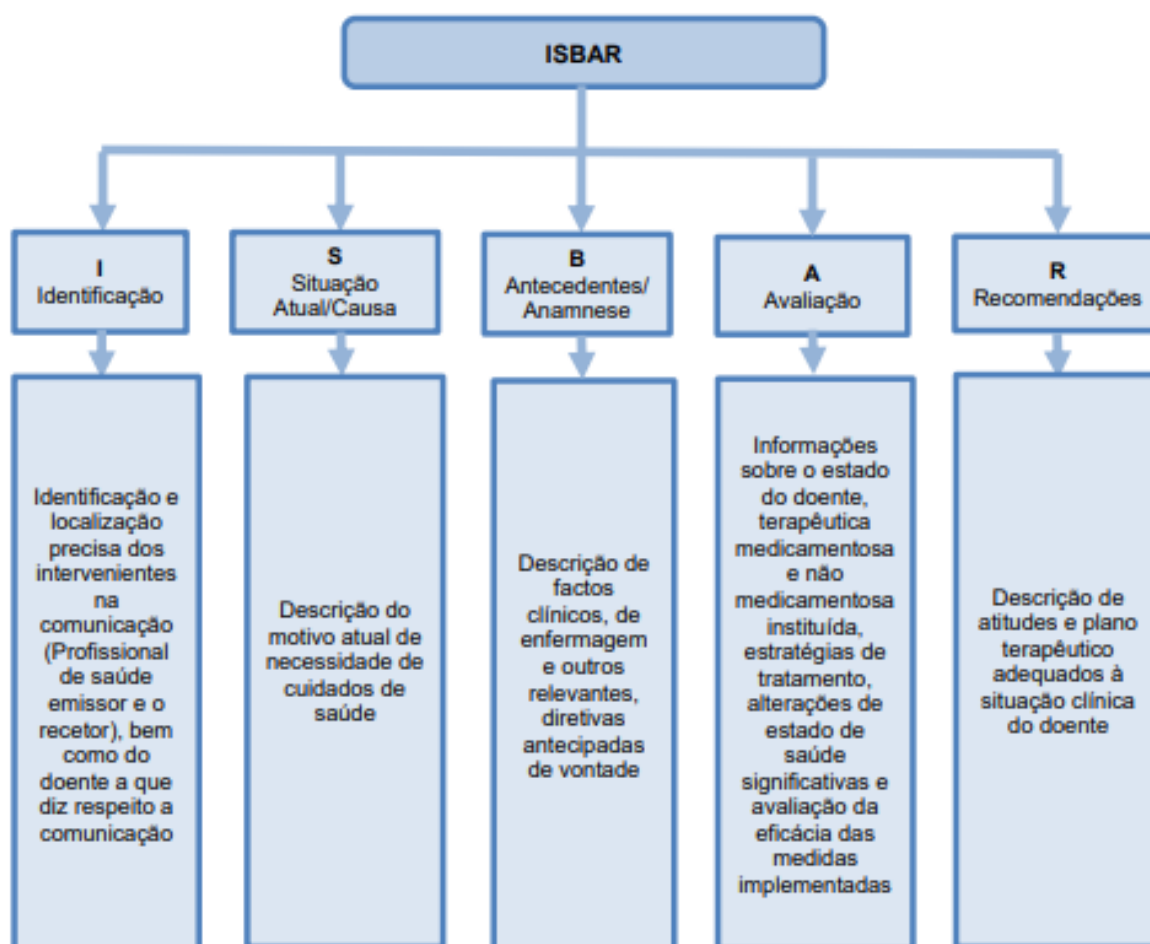
Randmaa et al. (2014) refere que a metodologia ISBAR possibilitou uma evolução da comunicação entre os profissionais de saúde, contribuindo para a segurança dos cuidados ao doente e favorecendo a uma diminuição dos incidentes ou eventos adversos causados por falhas de comunicação.

ELABORADO POR: EnF Selma Galo Sob a Orientação da EnF Especialista e Mestre _____ Data: Junho 2020	REVISTO POR: _____ Data:	APROVADO POR: Direção de Enfermagem _____ Data:
--	------------------------------------	--


	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº _____ TEMA Assegurar Ambiente Seguro	NDC nº ____ Unidade de Neonatologia Emissão: Junho 2020 Revisão: Junho 2023 Página: 4 de 11
--	--	---

5. Fluxograma:

Fluxograma 1 – Metodologia ISBAR



ELABORADO POR: Enfª Selma Gaio Sob a Orientação da Enfª Especialista e Mestre _____ Data: Junho 2020	REVISTO POR: _____ Data:	APROVADO POR: Direção de Enfermagem _____ Data:
--	------------------------------------	--

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº _____ TEMA Assegurar Ambiente Seguro	NOC nº _____ Unidade de Neonatologia Emissão: Junho 2020 Revisão: Junho 2023 Página: 5 de 11
---	--	---

6. Recursos equipamento/material:

- Computador com sistema de informação em saúde (B-Simple),
- Check-list de segurança do doente.

ELABORADO POR: Enfª Selma Gaio Sob a Orientação da Enfª Especialista e Mestre  Data: Junho 2020	REVISTO POR:  Data:	APROVADO POR: Direção de Enfermagem  Data:
--	--	---

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº _____ TEMA Assegurar Ambiente Seguro	NDC nº ____ Unidade de Neonatologia Emissão: Junho 2020 Revisão: Junho 2023 Página: 6 de 11
--	--	---

7. Procedimento:

Check-list de turno

1. Verificar no início do turno:
 - a) Identificação:
 - a. Apresentação aos pais (poderá ser preenchido ao longo do turno)
 - b. Validar pulseira e cartão de identificação
 - b) Situação atual:
 - a. Confirmar se os alarmes estão ajustados e ligados
 - b. Calibrar "transducer"
 - c. Identificar seringas e prolongamentos dos fármacos e soroterapia
 - d. Verificar o ritmo das perfusões
 - e. Confirmar seringas e bombas infusoras com corrente elétrica
 - f. Confirmar adaptações de torneiras e prolongamentos
 - g. Verificar identificação e localização das linhas (arterial e venosa)
 - h. Verificar água no humidificador (ex: incubadora, ventilador...)
 - i. Confirmar a existência de insuflador manual conectado (O2, NO ou Ar)
 - j. Confirmar fixação das traqueias
 - k. Verificar funcionalidade do debitómetro de O2
 - l. Verificar funcionalidade do aspirador
 - m. Verificar permeabilidade de drenos
2. Registrar no Processo Clínico Eletrónico (PCE).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – CONFORTO COMPROMETIDO

- Diagnóstico CONFORTO COMPROMETIDO:
 - ✓ Identificado na admissão de todos os RN internados na Unidade de Neonatologia

Nota: Abre-se o diagnóstico quando a criança entra na Unidade e este é fechado quando tem alta, passando a NÃO COMPROMETIDO.

ELABORADO POR: EnP Selma Gaio Sob a Orientação da EnP Especialista e Mestre _____ Data: Junho 2020	REVISTO POR: _____ Data:	APROVADO POR: Direção de Enfermagem _____ Data:
--	------------------------------------	--

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº _____ TEMA Assegurar Ambiente Seguro	NOC nº ____ Unidade de Neonatologia Emissão: Junho 2020 Revisão: Junho 2023 Página: 7 de 11
--	--	---

Intervenções de Enfermagem

- A intervenção de enfermagem associada ao diagnóstico CONFORTO COMPROMETIDO, com vista a assegurar a segurança do doente internado, é:
 - ✓ Gerir ambiente.

Nota: Vigilância 1 vez turno.

ALTA / TRANSFERÊNCIA

1. No momento da alta deve ser encerrado o diagnóstico.
2. Quando existe transferência para outra instituição hospitalar (fora do CHLO), a carta de transferência deve conter o diagnóstico de enfermagem e a intervenção associada, promovendo a continuidade de cuidados.

8. Referências Bibliográficas:

- Abreu, A. P. (2015). Erro associado à Gestão da Terapêutica pelo Enfermeiro: percepção dos Enfermeiros de um Hospital da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (tese de doutoramento). Universidade Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Carreira, P. (2013). *Erro terapêutico em Pediatria: Perspetivas e práticas dos enfermeiros*. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15916/1/Erro%20Terap%C3%AAAutico%20em%20Pediatria.pdf>;
- Costa, M. F. (2019). A importância do checklist para obtenção de uma cirurgia segura: um estudo em um hospital público em São Luís – MA. Projeto de mestrado em Educação para a Saúde. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Portugal.
- Direção Geral de Saúde (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Lisboa. Disponível em:

ELABORADO POR: EnF Selma Gato Sob a Orientação da EnF Especialista e Mestre _____ Data: Junho 2020	REVISTO POR: _____ Data:	APROVADO POR: Direção de Enfermagem _____ Data:
--	------------------------------------	--

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº _____ TEMA Assegurar Ambiente Seguro	NOC nº ____ Unidade de Neonatologia Emissão: Junho 2020 Revisão: Junho 2023 Página: 8 de 11
--	--	---

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoSegDoente_Final.pdf;

- Fragata, J. (2010). Erro médico: A segurança dos doentes – Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Família*, 26(6), 564-570.
- Gonçalves, J. F. (2018). ISBAR: Uma comunicação efetiva na transição de cuidados durante a passagem de turno. Relatório de estágio de Mestrado em Enfermagem. Universidade de Évora, Portugal.
- Haynes, A.B., Weiser, T.G., Berry, W.R., Lipsitz, S.R., Breizat, A.H.S., Dellinger, E.P., et al. (2011). Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Qual Saf*, 20, 102-7.
- Oliveira, R.M. et al. (2014). Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc Anna Nery*, 18(1), 122-129.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Boletim Divulgar. Revisão em 2012. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidad-e-dos-cuidados.pdf>;
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de posição sobre a segurança do cliente*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadas_posicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf;
- Randmaa, M.; Mårtensson, G.; Leo Swenne, C. & Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open*. 4(1), 1–9.
- Ratajczyk, E. & Cushway, S. (2013). ISBAR for Intensive Care Nurses. *HNE Handover: For Nurses and Midwives*. 4(1), 38–39.
- Rateau, F., Levraut, L., Colombel, A.L., Bernard, J.L., Quaranta, J.F., Cabarrot, P., et al. (2011). Check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire": une anée

ELABORADO POR: EnF Selma Gato Sob a Orientação da EnF Especialista e Mestre _____ Data: Junho 2020	REVISTO POR: _____ Data:	APROVADO POR: Direção de Enfermagem _____ Data:
--	------------------------------------	--

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº _____ TEMA Assegurar Ambiente Seguro	NOC nº ____ Unidade de Neonatologia Emissão: Junho 2020 Revisão: Junho 2023 Página: 9 de 11
--	--	---

d'expérience su 40000 interventions au centre hospitalier de Nice. Ann Fr Anesth Reanim, 30(6), 479-83.

- Souza, R., Silva, L. (2014). Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro. Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, 22(1), 22-28.

9. Indicadores:

- Preenchimento da Check-list associada à intervenção de enfermagem GERIR AMBIENTE, de acordo com a presente norma.

ELABORADO POR: Enfª Selma Gato Sob a Orientação da Enfª Especialista e Mestre _____ Data: Junho 2020	REVISTO POR: _____ Data:	APROVADO POR: Direção de Enfermagem _____ Data:
--	------------------------------------	--

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº _____ TEMA Assegurar Ambiente Seguro	NOC nº ____ Unidade de Neonatologia Emissão: Junho 2020 Revisão: Junho 2023 Página: 10 de 11
--	--	--

10. Anexos:

ANEXO 1 – Check-list da segurança do doente

Data																		
	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T
Enfermeiro Nº Mec.	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Identificação																		
Apresentação aos pais																		
Validar pulseira/cartão de identificação																		
Situação actual																		
Confirmar alarmes ligados e ajustados																		
Calibre "transdutor"																		
Identificar seringa e prolongamentos dos firmacos e soroterapias																		
Verificar o sítio dos perfis																		
Confirmar seringa e bombas infusoras com corrente eléctrica																		
Confirmar adaptações de tomazins e prolongamentos																		
Verificar identificação e localização das linhas (arterial e venosa)																		
Verificar água no humidificador (ex: incubadora, ventilador...)																		
Confirmar a existência de humidificador manual conectado (O2, NO ou Ar)																		
Confirmar fixação dos traquesis																		
Verificar funcionalidade do débitometro de O2																		
Verificar funcionalidade do aspirador																		
Verificar permeabilidade de linhas																		

ELABORADO POR: EnF Selma Gaio Sob a Orientação da EnF Especialista e Mestre _____ Data: Junho 2020	REVISTO POR: _____ Data:	APROVADO POR: Direcção de Enfermagem _____ Data:
---	---	--

	<p>NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº _____ TEMA Assegurar Ambiente Seguro</p>	<p>NOC nº _____ Unidade de Neonatologia Emissão: Junho 2020 Revisão: Junho 2023 Página: 11 de 11</p>
---	---	--

<p>ELABORADO POR: Enff Selma Galo Sub e Orientação da Enff Especialista e Mestre Data: Junho 2020</p>	<p>REVISTO POR: [Redacted] Data:</p>	<p>APROVADO POR: Direção de Enfermagem [Redacted] Data:</p>
--	---	--

APÊNDICE V – Projeto de Reformulação do carro de Terapêutica



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular de A Saúde da Criança e Família - Vigilância e

Decisão Clínica

PROJETO DE REFORMULAÇÃO DO CARRO DE TERAPÊUTICA

Elaborado por: Selma Gaio

E.E. Mestrado em Enfermagem, Especialização Saúde Infantil e Pediátrica

Sob Orientação: Prof^ª. Dra. Elisabete Nunes

Enf^ª. Mestre XXXXXXXXXX

Lisboa, Agosto de 2020

Índice

1 – INTRODUÇÃO.....	3
2 – JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO.....	5
3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	9
4 – DESAFIOS.....	19
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20

1 – INTRODUÇÃO

No âmbito do percurso desenvolvido na Unidade Curricular “A Saúde da Criança e Família - Vigilância e Decisão Clínica”, que se encontra inserida no 1º ano e 2º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer na Escola de Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi identificada a necessidade de se elaborar um projeto de reformulação do carro de terapêutica da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Hospital [REDACTED]

Segundo Thirés citado por Castro e Ricardo (1998), o projeto é um processo que proporciona a elaboração de um trabalho determinado, planeado e organizado. O planeamento do mesmo permite desenvolver a prática de competências, interligar a teoria com a prática, aprender a resolver situações pertinentes, tendo em vista o contexto e os recursos existentes.

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital [REDACTED] usufrui de uma Política de Qualidade com vista em promover a implementação de novos projetos para o desenvolvimento e crescimento de todos os profissionais que nela trabalham, de forma a proporcionar uma assistência de qualidade ao bebé e família.

Desta forma, desde 2019 começou a haver um desenvolvimento na área da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital [REDACTED] com a formação de um grupo de trabalho, em que foi identificada a problemática do erro terapêutico e, conseqüentemente, surgiu a necessidade da elaboração deste projeto.

No âmbito do exercício profissional de enfermagem em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, surgem situações de erro terapêutico dada a complexidade dos cuidados, em que a organização do carro de terapêutica pode ser um fator contributivo para a diminuição do erro.

De acordo com a pesquisa realizada é cada vez mais evidente a necessidade de mudança de mentalidades na abordagem ao erro terapêutico e a necessidade de implementar estratégias para diminuir a ocorrência do mesmo. Atualmente, os profissionais de saúde ainda veem a identificação do erro e a notificação do mesmo como uma medida de exposição perante a equipa multidisciplinar e receiam represálias da possibilidade de uma abordagem muito punitiva que não contribui para a diminuição do mesmo, para o crescimento da

instituição/serviço e/ou para o desenvolvimento do profissional de saúde. Este comportamento contribui para o medo, ansiedade e stress em falhar potenciando ainda mais a ocorrência de erro terapêutico. Segundo Lobo (2008), a promoção de uma perspetiva punitiva impede fortemente a segurança dos utentes nos serviços de saúde.

Para podermos aprender com os nossos erros é fundamental termos conhecimento dos erros e revelar os mesmos, sendo um procedimento chave para a sua correção.

Ao analisarmos o erro estamos a promover o desenvolvimento de estratégias que previnam a ocorrência de mais erros.

Com a elaboração deste projeto pretende-se facilitar a identificação da terapêutica, a organização e a preparação da mesma de forma a suprimir a ocorrência do erro e, dessa forma, favorecer a qualidade dos cuidados prestados.

O corpo deste projeto é constituído por uma breve introdução, seguido da justificação deste projeto, posteriormente são apresentados os resultados onde inclui o que foi proposto reformular, sendo mencionado de seguida as dificuldades sentidas na implementação deste projeto e o que se pretende desenvolver futuramente.

2 – JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

O desenvolvimento desde projeto tornou-se muito importante, pois já surgiram erros terapêuticos no serviço nas diversas fases da administração da terapêutica.

A expressão “errar é humano” é frequente no nosso dia-a-dia e, no fundo, o erro está intrínseco no ser humano, sendo um facto que pode acontecer por mais experiência que tenhamos e mais esforços redobramos para que não ocorra (Abreu, 2015). Contudo, na natureza humana também é uma característica intrínseca desenvolver e descobrir soluções de forma a reduzir a possibilidade de ocorrência de um erro (Abreu, 2015).

Reasson (2008) explica que o erro resulta de uma falha numa cadeia estruturada de atividades físicas ou mentais, sendo que essas falhas são intencionais.

Segundo Fragata & Martins (2008), os erros que abrangem a medicação podem ser prevenidos e muitas vezes evitados.

Neste sentido, é imprescindível definirmos o conceito de erro terapêutico conforme os autores. National Patient Safety Agency (NPSA), citada por PNAE (2012, p. 2), refere o erro de medicação como “qualquer evento evitável que pode causar ou levar a um uso inadequado de medicação ou a dano no utente, embora no controle do profissional de saúde ou utente”.

Segundo a National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), citado por Diz & Gomes (2008, p. 6), o Erro de Medicação é

“qualquer incidente prevenível que pode causar dano ao paciente ou dar lugar á utilização inapropriada dos medicamentos, quando estes estão sob controlo dos profissionais de saúde, do paciente ou consumidor. Estes incidentes podem estar relacionados com as práticas profissionais, com os produtos, com os procedimentos ou com os sistemas, e incluem as falhas na prescrição, comunicação, etiquetação, embalagem, denominação, preparação, dispensação, distribuição, educação, seguimento e utilização dos medicamentos”.

Para desenvolvermos estratégias de prevenção da ocorrência do erro terapêutico é essencial identificar que tipos de erros existem. López et al (2003) expõem, com base no NCCMERP, a classificação dos tipos de erro na medicação, tais como: erro na prescrição, erro de omissão, erro no horário, erro na preparação, erro de via, erro de dosagem, erro na administração de medicamento não prescrito, erro devido à técnica incorreta de

administração, erro da não adesão do utente. Este projeto pretende incidir na redução do erro de preparação.

A preparação e administração de terapêutica é uma ação intrínseca ao método de cuidar na profissão de enfermagem. Esta ação exige uma responsabilidade acrescida durante a mesma pelo impacto negativo que possivelmente a ocorrência de um erro possa provocar no agravamento do estado clínico do doente, implicando a segurança dos cuidados e da pessoa e a necessidade de mobilizar recursos, levando a maiores gastos.

Portanto, o erro terapêutico pode ocorrer em qualquer etapa de todo o processo de administração do medicamento, tanto ao nível do armazenamento, da prescrição, da transcrição, da administração e da monitorização e, neste sentido, qualquer profissional que esteja envolvido neste processo pode cometer erros, sejam eles farmacêuticos, médicos, enfermeiros, etc. Mas, Fragata e Martins (2008) referem que numa situação de erro, a responsabilidade recai sempre ou quase sempre sobre quem intervém no final da cadeia da prestação de cuidados e que contacta diretamente com o doente e não às falhas do sistema ou a qualquer outra pessoa que interfira nesta cadeia. Deste modo, os principais agentes, que participam na preparação e administração da terapêutica que é a etapa final do processo, são os enfermeiros (PNAE, 2012), por isso muitos dos erros cometidos e não identificados no início ou no meio desta cadeia acabam por ser imputados aos mesmos.

Carreira (2013) acrescentou que os erros terapêuticos são qualquer tipo de erros que sejam provocados durante o processo de utilização do medicamento e podem causar danos/eventos adversos. Fragata (2011, p.24) define como eventos adversos “ocorrências indesejáveis que causaram dano, por atos cometidos ou por uma qualquer omissão”, ou não causar danos em que o autor define como *near miss* esclarecendo como uma “situação que só não produziu danos porque se verificou uma recuperação ativa, baseada na atuação humana e/ou no sistema da organização, que permitiram recuperar um trajetória certa de acidente, fazendo abortá-la, sem consequências”.

Em Pediatria uma grande parte dos erros clínicos evitáveis são os erros terapêuticos, a prescrição e a administração dos mesmos.

Segundo Abreu (2015, p.103), a administração da medicação é relatada pela Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) como “o ato de administrar uma dose prescrita e preparada” ao doente. Em meio hospitalar esta fase é da responsabilidade da equipa de enfermagem e exige a aplicabilidade de conhecimentos técnicos e científicos de forma a fundamentar as intervenções do enfermeiro.

Para Branco (2019, p. 36), o erro de administração são um conjunto de falhas, tais como

“... falha na técnica de administração do medicamento; administração do medicamento por via diferente da prescrita; administração do medicamento em local errado; administração do medicamento com ritmo de infusão incorreta; associação de medicamentos física ou quimicamente incompatíveis; falha nos equipamentos ou problemas com os acessórios para infusão; ou administração de medicamento prescrito incorretamente”.

Consequentemente, a ANSP (2007) acrescenta que a notificação do erro de medicação sendo voluntária é a essência de qualquer estratégia para melhorarmos a segurança dos cuidados e esta deve ser incentivada, por permitir a identificação do problema e a implementação de medidas corretivas dirigidas.

Segundo NPSA, citada pela PNAE (2012, p. 1), “os bebês e crianças correm maior risco de erros de medicação do que os adultos”.

O facto de os medicamentos em pediatria serem muito manipulados promove imprecisões e desconhecimento relativamente à estabilidade e biodisponibilidade do medicamento, que pode originar na administração de doses tóxicas ou subterapêuticas, aumentando o risco de erro (Richey et al., 2013).

Assim sendo, as crianças e, principalmente, os recém-nascidos correspondem a um grupo de risco acrescido no âmbito do erro terapêutico (Branco, 2019). A JCI (2017, p. 102) define que as crianças e os idosos são considerados pacientes de alto risco por “não poderem responder por si próprios, não compreenderem o processo de cuidado e não serem capazes de participar das decisões sobre seu cuidado”.

Gouyon, Cransac & Sgro (2012) referem que a prevalência dos erros de medicação é três vezes superior em unidades de cuidados intensivos neonatais do que nos adultos e os potenciais efeitos adversos são quatro vezes mais frequentes do que em pediatria. Isto pela imaturidade fisiológica do neonato, pois ainda estão em desenvolvimento as funções renais, hepáticas e imunitárias e por não terem capacidade de comunicar qualquer provável alteração de efeitos adversos (Carreira, 2013).

Carvalho, citado por Carreira (2013) veio reforçar o que foi referido anteriormente, mencionando que os cuidados intensivos neonatais e pediátricos têm maior probabilidade de ocorrência de erros terapêuticos, dada as suas particularidades envolventes, pois existe um grande número de intervenções e, por sua vez, de medicação pela complexidade crítica do doente, bem como a ocorrência de situações de emergência por serem inesperadas.

As Unidades de Cuidados Intensivos são, normalmente, serviços complexos, dinâmicos, ruidosos e onde existe um elevado número de intervenções médicas e de enfermagem

(Abreu, 2015). A JCI (2017) veio reforçar que os serviços de alto risco são aqueles que apresentam equipamentos de alta complexidade fundamentais para responder a situações clínicas que impliquem risco de vida e à natureza do tratamento. Existe um grande envolvimento de uma equipa multiprofissional onde são prestados cuidados muito específicos que exige por diversas vezes decisões rápidas e difíceis dos mesmos. Desta forma, a intensidade de trabalho físico e mental, o confronto com situações de emergência e o lidar com a morte são fatores motivadores de stress e que podem induzir ao erro e a eventos adversos (Abreu, 2015), daí considerar de extrema importância o desenvolvimento deste projeto.

A primeira fase a suprimir a ocorrência de um erro é encontrar estratégias no armazenamento da terapêutica de forma a “chamar a atenção” aos enfermeiros para determinadas medicações que ponham em risco a vida do doente (medicamentos de alta vigilância).

Os principais problemas encontrados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital [REDACTED] são o facto de não existir segregação dos medicamentos de alto risco, a identificação das gavetas não é perceptível pela letra e pelo desgaste do papel, muitas vezes as gavetas já não se encontram no mesmo sítio e a sinalética da medicação está desatualizada. Por conseguinte, torna-se imprescindível o desenvolvimento deste projeto.

3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O carro de terapêutica disponibiliza as doses unitárias de cada bebê e na zona inferior contêm a medicação de stock, necessária para dar resposta às diversas situações que possam existir numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

A reformulação proposta para o carro de medicação é a adequação do armazenamento de medicação de stock, de forma a diminuir o risco de erros de medicação, adotando e aplicando estratégias para esse efeito.

Antes de expor essa proposta torna-se essencial definir alguns conceitos. Os medicamentos de Alta Vigilância contêm três categorias diferentes:

- Medicamentos de Alto Risco (MAR) que são medicamentos que apresentam risco acrescido de causar danos graves ou até mesmo a morte ao doente quando utilizados de forma incorreta (Direção Geral de Saúde, 2015).
- Medicamentos LASA são aqueles que têm nome ortográfico e/ou fonético e/ou embalagem muito idêntico uns com os outros e que podem levar a troca de medicamentos (Medicamentos Look-Alike, Sound-Alike) (Direção Geral de Saúde, 2014).
- Medicamentos com dosagens diferentes (o mesmo medicamento tem disponível diferentes dosagens) (Direção Geral de Saúde, 2014).

Nesta linha de pensamento, a reformulação do carro de terapêutica, primeiramente, terá duas áreas, os cuidados intensivos e os cuidados intermédios. O carro deverá conter:






- a identificação dos medicamentos de alta vigilância;
- limitação do número de apresentações disponíveis e concentrações de alguns fármacos;
- rotulagem com sinalética adequada;
- em relação aos medicamentos LASA aplicar o método de alteração gráfica com letras maiúsculas nas denominações onde os medicamentos são ortograficamente diferentes (Tall Man Lettering) de forma a diferenciar os medicamentos (Direção Geral de Saúde, 2014);
- separar fisicamente os medicamentos LASA entre si, embora tentando cumprir a ordem alfabética dos medicamentos;

- a arrumação dos mesmos de acordo com a via de administração, ou seja, haver uma gaveta que compreende apenas terapêutica endovenosa, outra para terapêutica oral e assim sucessivamente.





Além disso, é importante referir que com a implementação deste projeto também seria importante implementar a identificação dos medicamentos de alto risco e os medicamentos LASA na prescrição eletrônica.

3.1 Carro de Terapêutica dos Cuidados Intensivos:

1ª Linha de Gavetas:








Fármaco	Símbolo	Quantidade
aDENOSina 6mg/2ml		6
aDRENALina 1mg/ml		10
Amicacina 500mg/2ml		3
AmioDAROna 150mg/3ml		4
Ampicilina 250mg		12
aTROPIna 0,5mg/ml		10

2ª Gaveta

Fármaco	Símbolo	Quantidade
Bicarbonato de Sódio 84mg/ml		3
cefOTAxima 500mg		4
CefUROxima 750mg		3
Cetamina 500mg/10ml		2
Citrato de Cafeína 50mg/5ml		10






Diazepam 10mg/2ml 3

3ª Gaveta




Fármaco	Símbolo	Quantidade
Digoxina 0,25mg/ml		2
DOBUTamina 12,5mg/ml	 	5
DOPamina 200mg/5ml	 	10
Fenitoina 250mg/5ml		5
Fitomenadiona 2mg/0,2ml	 	6
Flucloxacilina 500mg		3

2ª Linha de Gavetas:

1ª Gaveta

Fármaco	Símbolo	Quantidade
Flumazenilo 0,1mg/ml		2
Furosemida 20mg/2ml		20
geNTAMICina 80mg/2ml		10
Glicerofosfato de Sódio 216mg/ml		3
Heparina Sódica 25000UI/5ml	 	5
Hidrocortisona 100mg		2

2ª Gaveta

Fármaco	Símbolo	Quantidade
Ibuprofeno 10mg/ml		3
Lidocaína 200mg/20ml		1
Meropenem 1000mg		3
MIDazolam 15mg/3ml		10
propRANOLol 1mg/1ml		3
Ranitidina 50mg/2ml		6

3ª Gaveta

Fármaco	Símbolo	Quantidade
Salbutamol 0,5mg/1ml		4
Sulfato de magnésio 2000mg/10ml		2
Sulfato de Protamina 1400UI/ml		2
Vancomicina 500mg		10
Vaselina Líquida 1000mg		4
Zidovudina 10mg/ml		2

3ª Linha de Gavetas:

1ª Gaveta

Fármaco	Símbolo	Quantidade
Brometo de Ipratrópio 0,25mg/2ml		6
Budesonida 200mcg/dose		2
Salbutamol 5mg/ml (Inal/Neb)		2
Glicerol 3830mg/4,5g		10

2ª Gaveta

Fármaco	Símbolo	Quantidade
Cloranfenicol 10mg/g		1
Fenilefrina 12,5mg/0,5ml		12
OxiBUPROCAína 2mg/0,5ml		12
OxiTETRACICLIna 5mg/g		4
Tropicamida 2,5mg/0,5ml		12

Nota:

- Removida a seguinte medicação:

Aminofilina

Naloxona

Neostigmina

Por ser medicação pouco utilizada e por a mesma estar incluída no projeto de reformulação do carro de emergência

- Sugere-se segregação das soluções eletrolíticas *concentradas* e colocar numa caixa no armário de porta de vidro devidamente identificado.

- Cloreto de Potássio 74,5mg/ml



- Cloreto de Sódio 200mg/dl



- Gluconato de Cálcio 97mg/ml








- Glucose 300mg/ml



3.2 Carro de Terapêutica dos Cuidados Intermédios:

1ª Linha de Gavetas:



1ª Gaveta

Fármaco	Símbolo	Quantidade
aDENOSina 6mg/2ml		6
aDRENALina 1mg/ml		10
Amicacina 500mg/2ml		3
AmioDAROna 150mg/3ml		4
Ampicilina 250mg		12
aTROPIna 0,5mg/ml		5

2ª Gaveta

Fármaco	Símbolo	Quantidade
Bicarbonato de Sódio 84mg/ml		3
cefOTAxima 500mg		4
CefUROxima 750mg		3
Citrato de Cafeína 50mg/5ml		10
Flucloxacilina 500mg		3
Furosemida 20mg/2ml		20



3ª Gaveta

Fármaco	Símbolo	Quantidade
geNTAMICina 80mg/2ml		10
Heparina Sódica 25000UI/5ml		5
Meropenem 1000mg		3



Vancomicina 500mg	10
Vaselina Líquida 1000mg	4

2ª Linha de Gavetas:



1ª Gaveta

Fármaco	Símbolo	Quantidade
Brometo de Ipratrópio 0,25mg/2ml		6
Budesonida 1mg/2ml		10
Budesonida 200mcg/dose		2
Salbutamol 5mg/ml (Inal/Neb)		2

2ª Gaveta

Fármaco	Símbolo	Quantidade
Paracetamol 40mg/ml Xar.		1
Paracetamol 500mg comp.		20
Simeticone 105mg/ml		1
Sucralfato 1000mg/5ml Susp. Oral		10



3ª Gaveta

Fármaco	Símbolo	Quantidade
Cloranfenicol 10mg/g pom. Oft.		1
Glicerol 3830mg/4,5g Rect.		10
OxiTETRACICLina 5mg/g pom. Oft.		4
Colecalciferol 0,5mg/ml Sol. Oral		1

Complexo Hidróxido Férrico- Polimaltose 178,6mg/ml Sol. Oral	1
Nistatina 100000 UI/ml Susp. Oral	2

3ª Linha de Gavetas:

1ª Gaveta

Fármaco	Símbolo	Quantidade
Ac. Fusídico 20mg/g		1
Dexpantenol 50mg/g		1
Lidocaína 25mg/g + Prilocaina 25mg/g Bisn.		1
Lidocaína 25mg/g + Prilocaina 25mg/g Pens. Imp.		1
Miconazol 20mg/g		1
Miconazol 20mg/g Gel Oral		1

2ª Gaveta

Fármaco	Símbolo	Quantidade
Óxido Zinco 270mg/g + Ac. Bórico 30mg/g + Ac. Salicilico 5mg/g		1
Óxido Zinco 270mg/g + Óleo de Fígado de Bacalhau 200mg/g		2
Parafina + Lanolina 50g		1







Pasta de água + antienzimas 75g	2
Polisulfato sódico de pentosano 1mg/g	1
Vaselina Esterilizada Bisn. 20g	2

3ª Gaveta

Reagente P/ Det Glucose no sangue	2
Reagente P/ Exame Bioquímico Sumário da urina	2

Nota:

- Sugere-se segregação das soluções eletrolíticas concentradas e colocar numa caixa no armário de porta de vidro devidamente identificado.

- Cloreto de Potássio 74,5mg/ml 
- Cloreto de Sódio 200mg/dl  
- Gluconato de Cálcio 97mg/ml 
- Glucose 300mg/ml  

Legenda:

Medicamentos de Alta Vigilância (MAV):
3 categorias diferentes



Medicamentos de alto risco (MAR)
Medicamentos que quando utilizados incorretamente apresentam um risco acrescido de causar danos graves ou mesmo mortais a doentes.



Medicamentos LASA (Look-alike, Sound-alike)
Medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e /ou aspeto semelhantes que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos.



Medicamentos com dosagens diferentes
Medicamentos com mais que uma dosagem disponível.



A medicação que não pertence ao stock e que se encontra no armário de vidro terá de estar devidamente identificada, organizada e arrumada por categorias.

No armário:

1ª prateleira – segregar as pomadas e todo o material de pele

2ª prateleira – Estupefacientes e soluções eletrolíticas concentradas

3ª prateleira – Fármacos PO, EV e inalatórios (ex: paracetamol, AA)

4ª prateleira – Águas de irrigação

5ª prateleira – Águas para a ventilação e para a humidade das incubadoras

Sugestão de inclusão terapêutica:

- Fibrilin

- Ampicilina 500mg

- Piperacilina + Tazobac EV

- Fluconazol EV

- Meropenem EV

4 – DESAFIOS

A realização deste projeto prende-se com a aquisição e desenvolvimento de capacidades com vista à prática futura como profissional especialista de enfermagem em saúde infantil e pediátrica. Deste modo, este projeto e a pesquisa envolvida a este permitiu cimentar competências que haviam sido adquiridas ao longo da especialidade e, por outro lado, este estágio onde se insere este projeto sendo uma área tão específica em relação à população-alvo, proporcionou adquirir novos conhecimentos e tomar consciência das necessidades para atingir os objetivos propostos com sucesso.

Desde o início deste estágio houve um planeamento das atividades que desejava realizar e desenvolver de modo a atingir os objetivos propostos e que, apesar de algumas adversidades existentes, estes foram alcançados.

Durante a realização deste projeto surgiu algumas dificuldades que se tentou contornar. Este é um projeto que envolve uma equipa multidisciplinar, Enfermeiros, Farmacêuticos, equipa médica da Neonatologia e a equipa médica de Anestesia, e a articulação com a mesma não foi de todo fácil, muito pela envolvimento da situação em que estamos a experienciar, pois esta pandemia do coronavírus é uma situação nova e que requer mais tempo e disponibilidade, para além de que se torna difícil em apresentar projetos pelas regras estabelecidas pela instituição. Além do mais, propor mudanças em projetos muito enraizados nem sempre é fácil, mas são necessárias para o crescimento e desenvolvimento desses.

As aprendizagens inerentes a este ensino clínico também foram centradas numa etapa futura enquanto Enfermeira Especialista. Neste sentido, e após toda esta situação de pandemia, pretendo realizar formação a toda a equipa, dado que qualquer alteração no serviço deve ser explicado à mesma. Ainda assim, após a aceitação deste projeto será desenvolvida uma formação on-line disponível para toda a equipa multidisciplinar envolvida nesta temática.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Abreu, A. P. (2015). Erro associado à Gestão da Terapêutica pelo Enfermeiro: perceção dos Enfermeiros de um Hospital da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (tese de doutoramento). Universidade Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- 2 Association National Safety Pediatrics (ANSP, 2007). *Medication errors in pediatric care: a systematic review of epidemiology and na evaluation of evidence supporting reduction strategy recommendations*. USA: Johns Hopkins Children's Center.
- 3 Branco, S. L. (2019). Erros de Medicação em Pediatria – Estratégias de prevenção adotadas pelos enfermeiros: revisão sistemática da literatura. Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.
- 4 Carreira, P. (2013). *Erro terapêutico em Pediatria: Perspetivas e práticas dos enfermeiros*. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15916/1/Erro%20Terap%C3%AAutico%20em%20Pediatria.pdf>;
- 5 Castro, L., Ricardo, M. (1998). *Gerir o trabalho de projeto, um manual para professores e formadores* (5 Ed.). Lisboa: Texto Editora.
- 6 Diz, E.; Gomes, M. (2008). *Causas de Erros na Medicação*. Revista de Investigação em Enfermagem, 5-14. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2836/1/Causas%20de%20erro%20na%20medica%C3%A7%C3%A3o.pdf>;
- 7 Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes*. Lisboa: Lidel.
- 8 Fragata, J.; Martins, L. (2008). *Erro em medicina, perspetivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Livraria Almedina. ISBN 978-972-40-2347-2;
- 9 Gouyon, J.; Cransac, A.; Sgro, C. (2012). *Prévention des erreurs médicamenteuses en néonatalogie: de la prescription à l'administration*. Archives de Pédiatrie, 19(9), 976-983.
- 10 Joint Commission International (2017). *Joint Commission International accreditation standards for Hospitals*. 6ª ed., ISBN 978-1-59940-989-4.

- 11 Lobo, A. (2008). *O Erro na Administração de Medicação - Causas e Factores Contributivos e Atitudes dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Disponível em: https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/714/1/LC4_44.pdf;
- 12 López, M.J.O.; Jané, C.C.; Alonso, M.J.T.; Encinas, M.P. (2003). *Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación*. Farmácia Hospitalaria. Madrid. 27(3). p.137-49. Disponível em: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero24.pdf>;
- 13 Norma 014/2015 de 06/08/2015: Medicamentos de Alerta Máximo. Direção Geral de Saúde. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx;
- 14 Norma 020/2014 de 30/12/2014, atualizada a 14/12/2015: Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014-pdf.aspx>;
- 15 PNAE (2012). *Erros de medicação em Neonatologia e Pediatria*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2012/Tomada_Posicao_Erros_PNAE%202012.pdf;
- 16 Reasson, J. (2008). *Human Error*. 19ª ed. New York: Cambridge University Press. ISBN 978-0-521-31419-0.
- 17 Richey, R., et al. (2013). Manipulation of drugs to achieve the required dose is intrinsic to paediatric practice but is not supported by guidelines or evidence. *BMC Pediatr*, 13: 81.

APÊNDICE VI – Norma de Dupla Verificação

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA N.º 27 TEMA Dupla Verificação de Medicação	NOC n.º 27 Internamento de Pediatria Emissão: Setembro 2020 Revisão: Setembro 2023 Página: 1 de 9
--	---	--

1. Objetivos:

- Uniformizar os procedimentos de enfermagem através da implementação da Técnica de Dupla Verificação na administração de terapêutica;
- Prevenir erros de medicação e incidentes junto das crianças;
- Uniformizar os registos da dupla verificação na administração da terapêutica;
- Aumentar a segurança do medicamento e a da criança.

2. População alvo:

- Crianças com internamento no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de [REDACTED].

3. Utilizadores:

- Enfermeiros do Serviço de Internamento de Pediatria do Hospital [REDACTED].

4. Definições, Conceitos e Fundamentos:

Os Enfermeiros devem ter como objetivo proporcionar cuidados de alta qualidade, seguros e baseados em evidência científica (Elliott & Liu, 2010).

O papel do enfermeiro é de extrema relevância dado que a segurança do doente engloba todas as vertentes da prestação de cuidados, principalmente no âmbito da medicação, daí ser pertinente a redução do risco associado ao erro terapêutico através de estratégias de prevenção.

Neste sentido, é imprescindível definirmos o conceito de erro terapêutico. Segundo a National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, citado por Diz & Gomes (2008, p. 6), o Erro de Medicação é

“qualquer incidente prevenível que pode causar dano ao paciente ou dar lugar à utilização inapropriada dos medicamentos, quando estes estão sob controlo dos profissionais de saúde, do paciente ou consumidor. Estes incidentes podem estar relacionados com as práticas profissionais, com os produtos, com os

ELABORADO POR: AESIP Selma Gaio [REDACTED] Sob a orientação da Enf.º Especialista [REDACTED]	REVISTO POR: [REDACTED]	APROVADO POR: Direção de Enfermagem [REDACTED]
Data: Setembro 2020	Data: Setembro 2020	Data:

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº 27 TEMA Dupla Verificação de Medicação	NOC nº 27 Internamento de Pediatria Emissão: Setembro 2020 Revisão: Setembro 2023 Página: 2 de 9
--	--	--

procedimentos ou com os sistemas, e incluem as falhas na prescrição, comunicação, etiquetação, embalagem, denominação, preparação, dispensação, distribuição, educação, seguimento e utilização dos medicamentos”.

Segundo as PNAE (2012), os erros terapêuticos decorrem nas várias etapas do processo entre o momento da prescrição até ao momento da administração, onde prevalece as falhas ativas e as condições latentes. As falhas ativas estão associadas a erros no cálculo das doses, ao desconhecimento dos profissionais e ao não seguimento dos protocolos e as condições latentes está relacionado com a inexperiência, fadiga pessoal e equipamentos desadequados.

Fragata & Martins (2008) referem que numa situação de erro, a responsabilidade recai sempre ou quase sempre sobre quem intervém no final da cadeia da prestação de cuidados e que contacta diretamente com o doente e não às falhas do sistema ou a qualquer outra pessoa que interfira nesta cadeia. Neste sentido, o enfermeiro tem um papel vital na prevenção do erro, pois deve garantir que o medicamento certo leva a uma resposta certa, assegurando todos os certos da medicação de forma a aumentar a probabilidade de segurança do doente (Elliott e Liu, 2010).

PNAE (2012) refere “seis certos” da administração de medicamentos: administrar o medicamento certo, ao doente certo, na dose certa, no momento certo, através da via certa e com o registo certo. Sales, Quintão & Teixeira (2018) abordam 9 “certos”: Medicamento certo, Hora certa, Dose certa, Via certa, Doente certo, Registo certo, Preparação certa, Conhecimento certo e Educação certa.

Fragata, citado por Carreira (2013) acrescentou que os erros terapêuticos são qualquer tipo de erros que sejam provocados durante o processo de utilização do medicamento e podem causar danos, mencionando que são “ocorrências indesejáveis que causaram dano, por atos cometidos ou por uma qualquer omissão” (Carreira, 2013, p. 12), ou não causar danos em que Fragata & Martins (2008) definem como *near miss* esclarecendo como uma “situação que só não produziu danos porque se verificou uma recuperação ativa, baseada na atuação humana

ELABORADO POR: AESIP Selma Gaio Sob a orientação da Enfª Especialista [Redacted] Data: Setembro 2020	REVISTO POR: [Redacted] Data: Setembro 2020	APROVADO POR: Direção de Enfermagem [Redacted] Data:
---	---	---

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº 27 TEMA Dupla Verificação de Medicação	NOC nº 27 Internamento de Pediatria Emissão: Setembro 2020 Revisão: Setembro 2023 Página: 3 de 9
--	--	--

e/ou no sistema da organização, que permitiram recuperar uma trajetória certa de acidente, fazendo abortá-la, sem consequências" (Carreira, 2013, p. 12-13).

Em Pediatria uma grande parte dos erros clínicos evitáveis são os erros terapêuticos (PNAE, 2012).

Walsh, Kaushal & Chessare (2005, p. 698) referem que "os erros de medicação potencialmente causadores de prejuízo podem ser três vezes mais comuns na população pediátrica do que nos adultos".

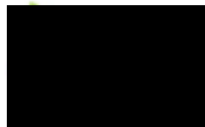
Em crianças hospitalizadas, esta temática é preocupante tornando-se urgente trabalhá-la para definir estratégias de intervenção para a redução dos erros. Segundo Carreira (2013, p. 21), o facto de haver necessidade nesta faixa etária de realizar "cálculos de posologias baseados no peso, idade e no problema de saúde da criança" leva a um aumento do risco de ocorrência de erro terapêutico, devido a registos incorretos do peso da criança e a imaturidade de experiência de alguns profissionais, principalmente na execução de cálculos aritméticos. Outra causa potenciadora de erro corresponde ao facto de a maioria dos medicamentos apresentarem posologias para adultos e, desta forma, exige a manipulação do mesmo pelos enfermeiros ou farmacêuticos.

Richey et al. (2013) acrescenta que o facto de os medicamentos em pediatria serem muito manipulados promove imprecisões e desconhecimento relativamente à estabilidade e biodisponibilidade do medicamento, que pode originar na administração de doses tóxicas ou subterapêuticas, aumentando o risco de erro.

Assim sendo, as crianças e, principalmente, os recém-nascidos correspondem a um grupo de risco acrescido no âmbito do erro terapêutico (Branco, 2019). A JCI (2017, p. 102) define que as crianças são consideradas pacientes de alto risco por "não poderem responder por si próprios, não compreenderem o processo de cuidado e não serem capazes de participar das decisões sobre seu cuidado".

Assim, o erro terapêutico pode se tornar mais penoso nas crianças mais pequenas pela imaturidade fisiológica, pelo desenvolvimento das funções renais, hepáticas e imunitárias e por não terem capacidade de comunicar qualquer provável alteração de efeitos adversos (Carreira, 2013).

ELABORADO POR: AESIP Selma Galo Sob a orientação da Enfª Especialista [REDACTED] [REDACTED]	REVISTO POR: [REDACTED]	APROVADO POR: Direção de Enfermagem [REDACTED]
Data: Setembro 2020	Data: Setembro 2020	Data:

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº 27 TEMA Dupla Verificação de Medicação	NOC nº 27 Internamento de Pediatria Emissão: Setembro 2020 Revisão: Setembro 2023 Página: 4 de 9
---	--	---




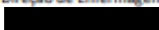
Ainda no mesmo foco, para desenvolvermos estratégias de prevenção da ocorrência do erro terapêutico é essencial identificar que tipos de erros existem. López et al (2003) expõem, com base no NCCMERP (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention), a classificação dos tipos de erro na medicação, tais como: erro na prescrição, erro de omissão, erro no horário, erro na preparação, erro de via, erro de dosagem, erro na administração de medicamento não prescrito, erro devido à técnica incorreta de administração, erro da não adesão do utente.

A preparação e administração de terapêutica é uma ação intrínseca ao método de cuidar na profissão de enfermagem. Esta ação exige uma responsabilidade acrescida durante a mesma pelo impacto negativo que possivelmente a ocorrência de um erro possa provocar no agravamento do estado clínico do doente, implicando a segurança dos cuidados e da pessoa e a necessidade de mobilizar recursos, levando a maiores gastos.

A dupla verificação tem sido considerada uma estratégia preventiva na redução de erros na administração da terapêutica, por ser considerada a “última barreira” antes do erro causar dano ao doente (Sales, Quintão & Teixeira, 2018). Ainda que a eficácia da mesma não seja muito abordada na literatura, no entanto para podermos melhorar a segurança do doente implica gerir os riscos e implementar soluções para minimizar a sua recorrência.

Desta forma, a dupla verificação da terapêutica deve ser realizada antes da administração e tem a intenção de reduzir o potencial dano para o doente.

O procedimento de dupla verificação é realizado por dois profissionais de saúde em que têm de confirmar a prescrição, a dosagem, o doente, a preparação, a hora e a via de administração (Fluxograma 1) (Sales, Quintão & Teixeira, 2018). O objetivo desta prática é garantir que os medicamentos administrados ao doente produzam um resultado terapêutico benéfico e, conseqüentemente, não ocorram erros de medicação.

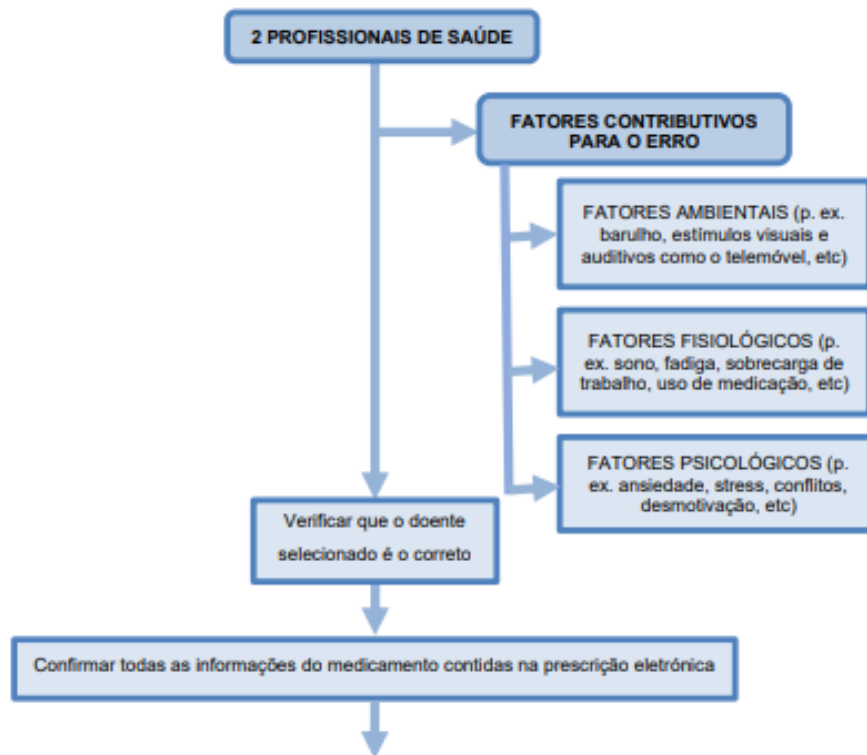
ELABORADO POR: AESIP Selma Gaio Sob a orientação da Enfª Especialista   Data: Setembro 2020	REVISTO POR:  Data: Setembro 2020	APROVADO POR: Direção de Enfermagem  Data:
---	--	---

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº 27 TEMA Dupla Verificação de Medicação	NOC nº 27 Internamento de Pediatria Emissão: Setembro 2020 Revisão: Setembro 2023 Página: 5 de 9
--	--	---

Em suma, torna-se importante salientar que os fatores ambientais, fisiológicos e psicológicos devem ser amenizados, se não de nada adianta implementar o método da dupla verificação da terapêutica, pois não reduz o risco.

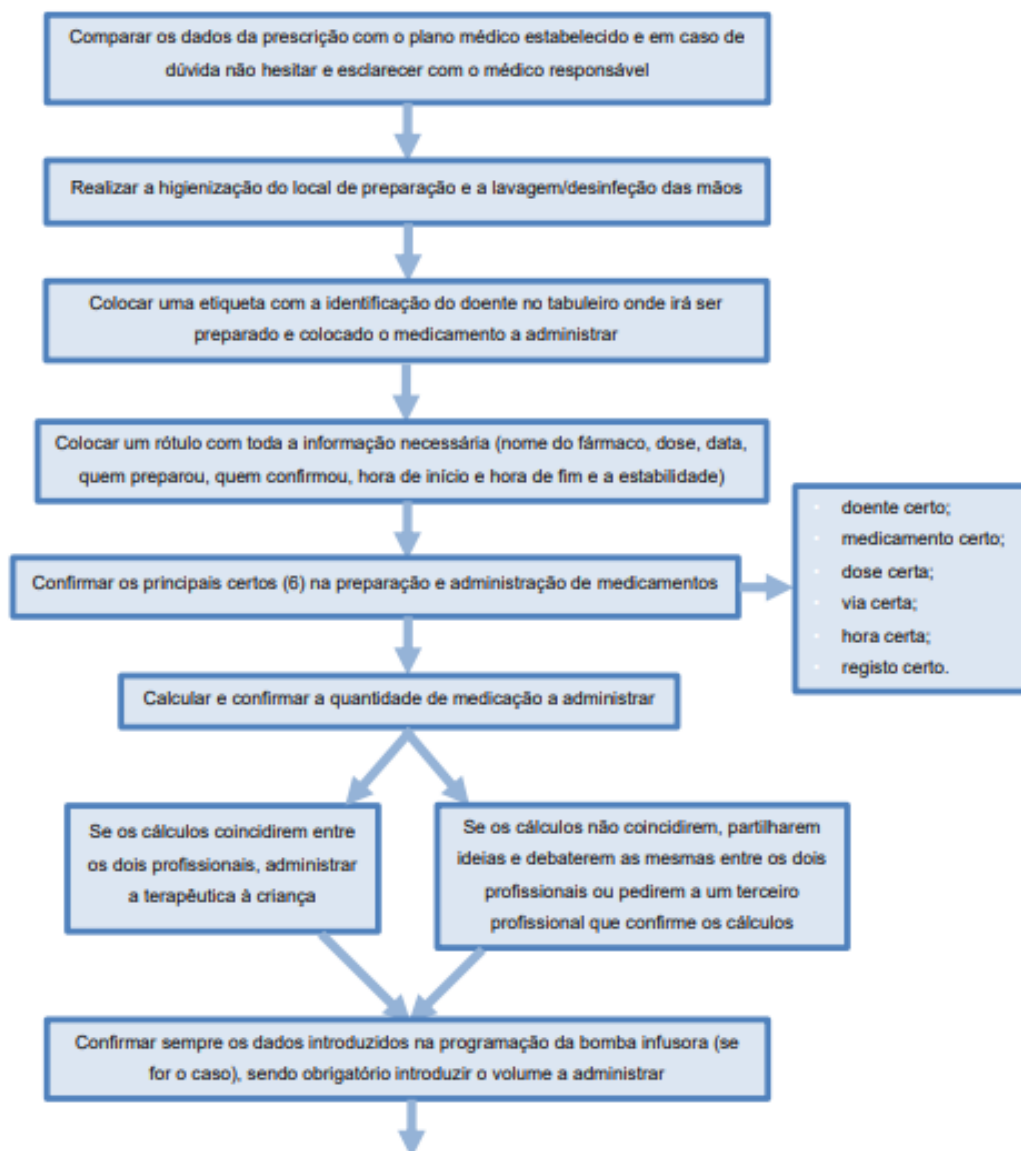
5. Fluxograma:

Fluxograma 1 – os passos para realizar a dupla verificação da terapêutica



ELABORADO POR: AESIP Selma Gaio Sob a orientação da Enfª Especialista [Redacted]	REVISTO POR: [Redacted]	APROVADO POR: Direção de Enfermagem [Redacted]
Data: Setembro 2020	Data: Setembro 2020	Data:

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº 27 TEMA Dupla Verificação de Medicação	NOC nº 27 Internamento de Pediatria Emissão: Setembro 2020 Revisão: Setembro 2023 Página: 6 de 9
--	--	---



ELABORADO POR: AESIP Selma Gaio Sob a orientação da Enfª Especialista [Redacted] Data: Setembro 2020	REVISTO POR: [Redacted] Data: Setembro 2020	APROVADO POR: Direção de Enfermagem [Redacted] Data:
--	--	--

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº 27 TEMA Dupla Verificação de Medicação	NOC nº 27 Internamento de Pediatria Emissão: Setembro 2020 Revisão: Setembro 2023 Página: 7 de 9
--	--	---

Garantir a vigilância de reações locais e gerais do medicamento durante e após a administração



Registar, no SClinico, a realização da dupla verificação da terapêutica juntamente com a anotação do nome do Enfermeiro que confirmou e o número mecanográfico

6. Recursos equipamento/material:

- Computador com sistema de informação em saúde (SClinico),
- Calculadora.

7. Procedimento:

O profissional deve (no procedimento da dupla verificação):

- Verificar que o doente selecionado é o correto (nome completo e número do processo);
- Confirmar todas as informações do medicamento contidas na prescrição eletrónica: princípio ativo, via de administração e posologia;
- Comparar os dados da prescrição com o plano médico estabelecido e em caso de dúvida não hesitar e esclarecer com o médico responsável;
- Realizar a higienização do local de preparação e a lavagem/desinfecção das mãos;
- Colocar uma etiqueta com a identificação do doente (nome completo e número do processo) no tabuleiro onde irá ser preparado e colocado o medicamento a administrar;
- Colocar um rótulo com toda a informação necessária (nome do fármaco, dose, data, quem preparou, quem confirmou, hora de início e hora de fim e a estabilidade);
- Confirmar os principais certos (6) na preparação e administração de medicamentos: doente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, hora certa e registo certo;

ELABORADO POR: AESIP Selma Gaio Sob a orientação da Enfª Especialista [Redacted]	REVISTO POR: [Redacted]	APROVADO POR: Direção de Enfermagem [Redacted]
Data: Setembro 2020	Data: Setembro 2020	Data:

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº 27 TEMA Dupla Verificação de Medicação	NOC nº 27 Internamento de Pediatria Emissão: Setembro 2020 Revisão: Setembro 2023 Página: 8 de 9
--	--	---

- Calcular a quantidade de medicação a administrar;
- Pedir a outro profissional de saúde que confirme todos os passos referidos anteriormente e que calcule o que tem de se administrar;
- Se os cálculos coincidirem entre os dois profissionais, administrar a terapêutica à criança;
- Se os cálculos não coincidirem, partilharem ideias e debaterem as mesmas entre os dois profissionais ou pedirem a um terceiro profissional que confirme os cálculos.
- Confirmar sempre os dados introduzidos na programação da bomba infusora (se for o caso), sendo obrigatório introduzir o volume a administrar;
- Garantir a vigilância de reações locais e gerais do medicamento durante e após a administração;
- Registrar, no SClínico, a realização da dupla verificação da terapêutica juntamente com a anotação do nome do Enfermeiro que confirmou e o número mecanográfico.

8. Referências Bibliográficas:

- Branco, S. L. (2019). Erros de Medicação em Pediatria – Estratégias de prevenção adotadas pelos enfermeiros: revisão sistemática da literatura. Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.
- Carreira, P. (2013). *Erro terapêutico em Pediatria: Perspetivas e práticas dos enfermeiros*. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15916/1/Erro%20Terap%C3%AAutico%20em%20Pediatria.pdf>;
- Diz, E.; Gomes, M. (2008). *Causas de Erros na Medicação*. Revista de Investigação em Enfermagem, 5-14. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2836/1/Causas%20de%20erro%20na%20medica%C3%A7%C3%A3o.pdf>;
- Elliott, M.; Liu, Y. (2010). *The nine rights of medication administration: na overview*. British Journal of Nursing, Vol. 19 (5), p. 300-305.
- Fragata, J.; Martins, L. (2008). *Erro em medicina, perspetivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Livraria Almedina. ISBN 978-972-40-2347-2.

ELABORADO POR: AESIP Selma Gaio Sob a orientação da Enfª Especialista [Redacted] Data: Setembro 2020	REVISTO POR: [Redacted] Data: Setembro 2020	APROVADO POR: Direção de Enfermagem [Redacted] Data:
---	---	---

	<p>NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº 27</p> <p>TEMA</p> <p>Dupla Verificação de Medicação</p>	<p>NOC nº 27</p> <p>Internamento de Pediatria</p> <p>Emissão: Setembro 2020</p> <p>Revisão: Setembro 2023</p> <p>Página: 9 de 9</p>
--	---	---

- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (2017). *Joint Commission International accreditation standards for Hospitals*. 6ª ed., ISBN 978-1-59940-989-4.
- López, M.J.O.; Jané, C.C.; Alonso, M.J.T.; Encinas, M.P. (2003). *Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación*. Farmácia Hospitalaria. Madrid. 27(3). P.137-49. Disponível em: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero24.pdf>;
- PNAE (2012). *Erros de medicação em Neonatologia e Pediatria*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2012/Toma da_Posicao_Erros_PNAE%202012.pdf;
- Richey, R., et al. (2013). Manipulation of drugs to achieve the required dose is intrinsic to paediatric practice but is not supported by guidelines or evidence. *BMC Pediatr*, 13: 81.
- Sales, L; Quintão, J. & Teixeira, M. (2018). Segurança na preparação e administração de medicação pelo enfermeiro: quantos são os “certos”? *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, vol. 10.
- Walsh, K.; Kaushal, R.; Chessare, J. (2005). *How to avoid pediatrics medication errors: a user's guide to the literature*. Vol. 90, p. 698-702. Doi: 10.1136/adc.2003.048827.

9. Indicadores:

- Registo da dupla verificação (nome do Enfermeiro que verificou e número mecanográfico) de acordo com a presente norma.

10. Anexos: (não aplicável)

<p>ELABORADO POR: AESIP Selma Gaio Sob a orientação da Enfª Especialista [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Data: Setembro 2020</p>	<p>REVISTO POR: [REDACTED]</p> <p>Data: Setembro 2020</p>	<p>APROVADO POR: Direção de Enfermagem [REDACTED]</p> <p>Data:</p>
--	---	--

APÊNDICE VII – Relatório da sessão formativa em Contexto de Internamento de Pediatria: “Promoção da Segurança da Criança na prestação de cuidados: Estratégias para diminuição do erro terapêutico”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório da Sessão Formativa:
“Promoção da Segurança da Criança na prestação de cuidados:
Estratégias para diminuição do erro terapêutico”

Realizado por: Selma Gaio

Enf^ª. Orientadora: XXXXXXXXXX

Enf^ª. Docente: Prof. Dra. Elisabete Nunes

INDICE

1. PLANO DA SESSÃO FORMATIVA	3
2. DIVULGAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA	5
3. APRESENTAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA	6
4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA	14

Apêndices

Apêndice 1 – Questionário de avaliação da sessão formativa	16
--	----

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Plano da Sessão Formativa	3
Quadro 2 – Resultado da avaliação com base na Apreciação Global	14
Quadro 3 – Resultado da avaliação do formador e metodologia	14

1. PLANO DA SESSÃO FORMATIVA

Tema: Promoção da Segurança da Criança na prestação de cuidados: Estratégias para diminuição de erro terapêutico

Local: Sala de reunião do Internamento de Pediatria do Hospital [REDACTED]

Data: 8/10/2020

Hora: 14h00

Formadora: Selma Gaio (AE ESIP)

Objetivos:

- Aumentar a segurança do medicamento e a da criança;
- Prevenir erros de medicação e incidentes junto das crianças;
- Uniformizar os procedimentos de enfermagem através da implementação da Técnica de Dupla Verificação na administração de terapêutica;
- Uniformizar os registos da dupla verificação na administração da terapêutica.

Quadro 1 – Plano da Sessão Formativa

Fases	Conteúdo Programático	Métodos e Técnicas	Recursos didáticos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">▪ Apresentação do formador▪ Exposição dos objetivos▪ Contextualização do tema da sessão	Expositivo	Recursos audiovisuais e multimédia	2 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">▪ Definição de erro de medicação;▪ Quais os potenciais momentos de erro;▪ Fatores contribuintes para o erro;▪ “Certos” do Medicamento;▪ Definição dos Medicamentos de Alta	Expositivo	Recursos audiovisuais e multimédia	10 min

	<p>Vigilância;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estratégias para garantir a segurança. 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Síntese dos conteúdos abordados; ▪ Partilha de experiências. 	<p>Expositivo Interativa</p>	<p>Recursos audiovisuais e multimédia</p>	<p>5 min</p>
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esclarecimento de questões; ▪ Preenchimento de questionários 	<p>Diálogo Aplicação de questionário de avaliação</p>	<p>Questionário de avaliação da sessão.</p>	<p>3 min</p>

2. DIVULGAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

A divulgação da sessão foi realizada através da afixação de um cartaz no placar da sala de enfermagem.

Promoção da
Segurança da
Criança na prestação
de cuidados

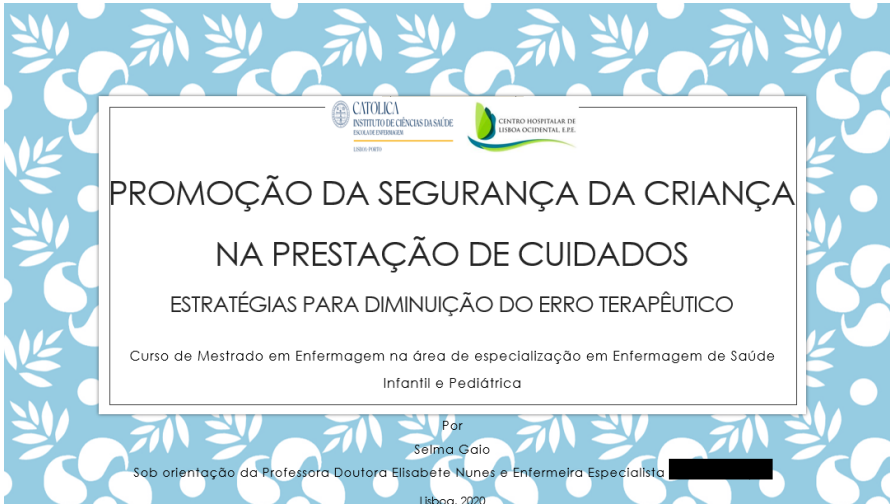
Estratégias para diminuição do erro terapêutico

Por
Selma Gaio
Sob orientação da Professora Doutora Elisabete Nunes e
Enfermeira Especialista

Às 14h de dia 8/10
Na Sala de Reuniões no Serviço
de Internamento de Pediatria

O cartaz possui um fundo laranja com um círculo branco no topo contendo um ícone de uma seringa amarela. Uma linha tracejada amarela curva-se ao redor do texto principal. Um círculo branco na parte inferior direita contém informações sobre o horário e o local da sessão.

3. APRESENTAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA



The title slide features a blue background with a white floral pattern. At the top, there are logos for 'CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE' and 'CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, I.P.'. The main title is 'PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA CRIANÇA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS' followed by 'ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIÇÃO DO ERRO TERAPÊUTICO'. Below the title, it states 'Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica'. The author is 'Por Selma Galo' and it is 'Sob orientação da Professora Doutora Elisabete Nunes e Enfermeira Especialista'. The location and year are 'Lisboa, 2020'.

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, I.P.

PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA CRIANÇA
NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIÇÃO DO ERRO TERAPÊUTICO

Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por
Selma Galo

Sob orientação da Professora Doutora Elisabete Nunes e Enfermeira Especialista

Lisboa, 2020

Objetivos

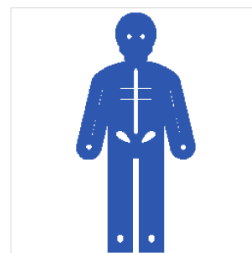
- Aumentar a segurança do medicamento e a da criança;
- Prevenir erros de medicação e incidentes junto das crianças;
- Uniformizar os procedimentos de enfermagem através da implementação da Técnica de Dupla Verificação na administração de terapêutica;
- Uniformizar os registos da dupla verificação na administração da terapêutica.



Segurança do Doente

"A segurança depende da criação de sistemas que antecipem os erros e também os previnam ou interceptem antes que causem dano"

(Wachter, 2013)



Erros de Medicação

“qualquer incidente prevenível que pode causar ao paciente ou dar lugar á utilização inapropriada dos medicamentos, quando estes estão sob controlo dos profissionais de saúde, do paciente ou consumidor. Estes incidentes podem estar relacionados com as práticas profissionais, com os produtos, com os procedimentos ou com os sistemas, e incluem as falhas na prescrição, comunicação, etiquetação, embalagem, denominação, preparação, dispensação, distribuição, educação, seguimento e utilização dos medicamentos”.

NCCMERP, citado por Diz & Gomes (2008, p. 6)

Erros de Medicação (cont.)

Podem:

- causar danos: “ocorrências indesejáveis que causaram dano, por atos cometidos ou por uma qualquer omissão”
- não causar danos: “NEAR MISS”

Fragata, citado por Carreira (2013)

Erros de Medicação (cont.)

Potenciais momentos de erro:

- Prescrição
- Comunicação
- Rotulagem
- Embalagem
- Preparação
- Dispensa
- Distribuição
- Administração
- Educação/Formação
- Monitorização
- Utilização

Erros de Medicação (cont.)

◦ Fatores Contribuintes

Fatores ambientais	Fatores Fisiológicos	Fatores Psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Barulho</u> • <u>Agitação</u> • <u>Calor/Frio</u> • <u>Estímulos visuais e auditivos (telemóveis)</u> • <u>Espaço físico de preparação</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Sono</u> • <u>Fadiga</u> • <u>Uso de medicação</u> • <u>Consumo de álcool</u> • <u>Sobrecarga de trabalho</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Ansiedade</u> • <u>Stress</u> • <u>Tédio</u> • <u>Frustração</u> • <u>Conflitos</u> • <u>Desmotivação</u> • <u>Excitação</u>

Erros de Medicação (cont.)

9 "certos" do Medicamento:



Medicamento certo	Hora certa	Dose certa
Via certa	Doente certo	Registo certo
Preparação certa	Conhecimento certo	Educação certa

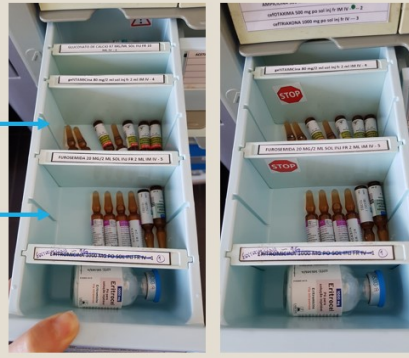
Definições e Conceitos

Medicamentos de alta Vigilância (MAV)



Erros de Medicação (cont.)

A Segurança dos Medicamentos está nas NOSSAS Mãos, não facilitem o Erro!



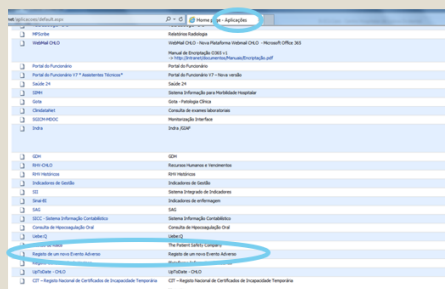
Estratégias para garantir a segurança



Notificação de Incidentes

◦ Registrar todos os incidentes, mesmo os que não chegaram ao doente.

"Near miss" de medicação



Notificação de Incidentes (cont.)

Evento Adverso


CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCCIDENTAL E.F.E.

Form

Registo de um novo Evento Adverso
Este questionário deverá demorar aproximadamente 5 minutos.
As perguntas assinaladas com (*) são de carácter obrigatório.
A qualquer momento pode guardar o formulário clicando na opção: "Guardar respostas" para o retomar posteriormente (disponível apenas para registo não confidencial).
Obrigado pela sua colaboração!

Página seguinte >>

Dupla Verificação da Medicação

	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº 27 TEMA Dupla Verificação de Medicação	NOC nº 27 Internamento de Pediatria Emissão: Setembro 2020 Revisão: Setembro 2023 Página: 1 de 9
---	--	--

As etapas de preparação de medicamentos são realizadas uma de cada vez e se presente um fármaco de alto risco, todos os passos requerem a dupla confirmação de outro enfermeiro.

O processo de Preparação de Medicamentos é realizado num local o mais resguardado possível, de modo a evitar interrupções.

Dupla Verificação da Medicação (cont.)

Passos a seguir:

- Verificar que o doente selecionado é o correto (nome completo e número do processo);
- Confirmar todas as informações do medicamento contidas na prescrição eletrónica: princípio ativo, via de administração e posologia;
- Comparar os dados da prescrição com o plano médico estabelecido e em caso de dúvida não hesitar e esclarecer com o médico responsável;
- Realizar a higienização do local de preparação e a lavagem/desinfecção das mãos;
- Colocar uma etiqueta com a identificação do doente (nome completo e número do processo) no tabuleiro onde irá ser preparado e colocado o medicamento a administrar;

Dupla Verificação da Medicação (cont.)

- Colocar um rótulo com toda a informação necessária (nome do fármaco, dose, data, quem preparou, quem confirmou, hora de início e hora de fim e a estabilidade)
- Confirmar os principais certos (6) na preparação e administração de medicamentos doente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, hora certa e registar certo
- Calcular a quantidade de medicação a administrar
- Pedir a outro profissional de saúde que confirme todos os passos referidos anteriormente e que calcule o que tem de se administrar
- Se os cálculos coincidirem entre os dois profissionais administrar a terapêutica à criança

Dupla Verificação da Medicação (cont.)

- Se os cálculos não coincidirem, partilharem ideias e debaterem as mesmas entre os dois profissionais ou pedirem a um terceiro profissional que confirme os cálculos
- Confirmar sempre os dados introduzidos na programação da bomba infusora (se for o caso), sendo obrigatório introduzir o volume a administrar
- Garantir a vigilância de reações locais e gerais do medicamento durante e após a administração
- Registar, no SClínica a realização da dupla verificação da terapêutica juntamente com a anotação do nome do Enfermeiro que confirmou e o número mecanográfico



Dupla Verificação da Medicação (cont.)

Importante ter alguns cuidados na fase de preparação e administração da terapêutica

- Realizar uma ação de cada vez não preparar medicação de mais que um doente em simultânea
- Realizar o procedimento na sala de prestação de cuidados, em local resguardada
- Não utilizar o telemóvel como calculadora
- Informar os pais ou pessoa significativa sobre o procedimento a realizar e o medicamento a administrar
- Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planejar os cuidados e avaliar resultado

Resumo

PRIORIDADE: SEGURANÇA DA CRIANÇA

- **Diminuir erros/riscos** e praticar **boas práticas** baseadas em evidência favorece cuidados de saúde seguros;
- Uma **relação construtiva e positiva entre equipas** multidisciplinares irá melhorar os resultados da qualidade e segurança das crianças;
- Ao intervir na segurança do doente, **envolvendo o doente/família** no processo de tratamento os ganhos em saúde serão muito mais visíveis;
- Investigar e avaliar é fundamental mas **implementar medidas** é o mais relevante!!
- A **monitorização** dos erros e *near misses* possíveis é essencial para tornar os sistemas de cuidados de saúde seguros, melhorando segurança da criança.

Referências Bibliográficas

- Abreu, A. P. (2015). Erro associado à Gestão da Terapêutica pelo Enfermeiro: percepção dos Enfermeiros de um Hospital da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (tese de doutoramento) Universidade Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Álvares, S. (2005). Errar é Humano. *Nascer e Crescer*. Revista do hospital de criança maria pia, XIV, 2, 71.
- Association National Safety Pediatrics (ANSP, 2007). *Medication errors in pediatric care: a systematic review of epidemiology and the evaluation of evidence support in reduction strategies and commendations USA*: Johns Hopkins Children's Center.
- Bohomal E.; Ramos, L. (2007). Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(16), 32-36.
- Branco, S. L. (2019). Erros de Medicação em Pediatria – Estratégias de prevenção adotadas pelos enfermeiros revisão sistemática da literatura. Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.
- Carreira, P. (2013). *Erro terapêutico em Pediatria Perspetivas e práticas dos enfermeiros* Disponível em: <https://comum.icaap.pt/bitstream/1040026/15916/1/Erro%20terap%C3%Aautico%20em%20Pediatria.pdf>;
- Diz, E.; Gomes, M. (2008). Causas de Erros na Medicação. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 5-14. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10199/2836/1/Causas%20de%20erros%20na%20medica%C3%A7%C3%A3o.pdf>;
- Fragata, J. (2014). Erro médico: A segurança dos doentes – Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Família*, 26(6), 564-570.

Referências Bibliográficas (cont.)

- Fragata, J. (2011). Segurança dos doentes Lisboa Lidel.
- Fragata, J.; Martins, L. (2008). *Erro em medicina, perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra Livraria Almedina. ISBN 978-972-40-2347-2.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (2017). *Joint Commission International accreditation standards for Hospitals 6ª ed.*, ISBN 978-1-59940989-4.
- Lage, M. J. (2011). *Segurança do doente da teoria à prática clínica*. Vol. 10, p. 11-16.
- Lobo, A. (2008). *O Erro na Administração de Medicação – Causas e Factores Contributivos: Atitudes dos Enfermeiros* Dissertação de Mestrado Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/104002/714/1/LC444.pdf>;
- López, M.J.O.; Jané, C.C.; Alonso, M.J.T.; Encinas, M.P. (2003). *Errores de medicación: estandarización de la terminología clasificación*. Farmacia Hospitalaria. Madrid 27(3), P.137-49. Disponível em: <http://www.wismp.espana.org/ficheros/fichero24.pdf>;
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (2001). *Taxonomy of Medication Errors*.
- Norma 014/2015 de 06/08/2015 Medicamentos de Alerta Máxima Direção Geral de Saúde. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamentada-qualidade-na-saude/ficheros-anexos/noc_medsalerta-maximopdf.pdf.aspx;

Referências Bibliográficas (cont.)

- Norma 020/2014 de 30/12/2014, atualizada a 14/12/2015. Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norman-0202014-de-30122014.pdf.aspx>.
- Reason, J. (2008). Human Error. 1ª ed. New York: Cambridge University Press. ISBN 978-0-521-31419-0.
- Richey, R., et al. (2013). Manipulation of drugs to achieve the required dose is intrinsic to paediatric practice but is not supported by guidelines or evidence. *BMCPediatr*, 13: 81.
- Sales, L.; Quintão, J. & Teixeira, M. (2018). Segurança na preparação e administração de medicação pelo enfermeiro quanto são os "certos"? *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, vol. 10.
- Sousa, P. (2019). *Segurança Do Paciente e criando organizações de saúde seguras*. Rio de Janeiro, 2ª ed. (revista e ampliada). ISBN 978-85-8432062-2.
- Sousa, P.; Uva, A. S.; Serranheira, F. (2010). *Investigação e Inovação em Segurança do Paciente*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 10(10), p. 89-95.
- Wachter, R. M. (2013). *Compreendendo a segurança do paciente*. ARTMED, 2ª edição, ISBN:9788580552539.



Muito
Obrigada!

4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

Na sessão estiveram presentes 7 elementos, sendo 5 enfermeiras e 2 alunas de enfermagem. Esta decorreu como planeado. Foi realizado um questionário de avaliação da formação, tendo sido solicitado a colaboração dos formandos no preenchimento do mesmo. Posteriormente, apresentam-se os resultados do questionário de avaliação, quanto à satisfação da sessão:

Quadro 2 – Resultado da avaliação com base na Apreciação Global

APRECIAÇÃO GLOBAL	Discorda totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.			1	6
2. Os objetivos da formação foram atingidos.				7
3. Para a sua atividade profissional a formação foi útil.				7
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.			1	6
5. A teoria foi relacionada com a prática.				7
6. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.			1	6
7. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.			2	5
8. A duração da formação foi adequada.			2	5
9. O horário da formação foi adequado.			1	6

Quadro 3 – Resultado da avaliação da metodologia

METODOLOGIA	1	2	3	4
10. Domínio dos conteúdos apresentados.				7
11. Facilidade de transmissão de conhecimentos.				7
12. Clareza na transmissão dos conhecimentos.				7
13. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.				7
14. Interação com o grupo.			1	6
15. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.				7
16. Gestão de tempo.			2	5
17. Pontualidade.				7

Face aos resultados do questionário de avaliação da sessão com base na Apreciação Global e na Metodologia, constata-se a pertinência da mesma, segundo a perspetiva dos profissionais.

Apêndice

Apêndice I – Questionário de avaliação da sessão formativa

16. Gestão de tempo.

17. Pontualidade.

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigada pela sua Colaboração!

APÊNDICE VIII – Reflexão: “Impacto da ausência dos pais durante o internamento da criança e Promoção da inclusão dos mesmos nos cuidados de forma a garantir cuidados de Qualidade”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular Estágio Final e Relatório

REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA

“Impacto da ausência dos pais durante o internamento da criança e Promoção da inclusão dos mesmos nos cuidados de forma a garantir cuidados de Qualidade”

Elaborado por: Selma Gaio

E.E. Mestrado em Enfermagem, Especialização Saúde Infantil e Pediátrica

Sob Orientação: Prof^ª. Dra. Elisabete Nunes

Enf^ª. Mestre XXXXXXXXXX

Lisboa, Setembro de 2020

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, que se encontra inserida no 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer na Escola de Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, realizei estágio no Serviço de Internamento de Pediatria do Hospital [REDACTED].

Como um dos meus objetivos específicos para este ensino clínico era “Contribuir para a inclusão dos pais/pessoa significativa na promoção da segurança dos cuidados aos seus filhos” senti necessidade de refletir sobre a possibilidade da presença de apenas um dos pais durante o internamento da criança consequente da pandemia da COVID-19 e o impacto de os ensinamentos serem realizados apenas a um dos pais não incluindo ambos no tratamento da criança.

Durante o meu percurso no Serviço de Internamento de Pediatria deparei-me com diversas situações em que muitas delas nos questionamos como poderíamos incluir os pais nesta fase de pandemia que estamos a vivenciar e que é algo novo para todos os profissionais de saúde de forma a assegurar cuidados de qualidade e seguros para a criança. A situação que irei abordar e refletir decorreu no contexto deste estágio, verificando-se a permanência de apenas uma das pessoas significativas ou até mesmo a ausência dos pais durante o internamento da criança.

Esta reflexão foi realizada com base no referencial Ciclo de Gibbs, dado que se trata de um referencial de utilização simples e direcionado para o futuro, de forma a permitir planear situações semelhantes (Gibbs, 2013). Este referencial é composto por várias fases: descrição da situação, exposição dos sentimentos e pensamentos referentes à situação, avaliação, análise e conclusão (Gibbs, 2013). O rumo nesta análise deverá promover uma reflexão de melhoria da prática (Gibbs, 2013).

1º PASSO: DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

A situação que passo a relatar não é um acontecimento específico, mas o meu percurso neste ensino clínico e baseia-se nesta fase que estamos a vivenciar, a pandemia da COVID-19.

Durante o meu percurso no Mestrado de Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, mais concretamente no final do 1º semestre e início do 2º, a pandemia da COVID-19 começou a instalar-se em Portugal. Cada hospital foi tomando medidas para

aquilo que se avizinhava e dentro do mesmo hospital cada serviço foi se adaptando conforme as suas necessidades. E o Hospital S [REDACTED] não foi exceção e, prontamente, reuniu os enfermeiros de modo a delinear um plano. Perante a situação ficou estabelecido que a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais receberia os bebês filhos de mães SARS-CoV-2 Positivo que após dois resultados negativos seriam transferidos para o serviço de Internamento de Pediatria ou teriam alta clínica com uma pessoa significativa com teste COVID-19 negativo. No entanto, esses bebês em momento algum teriam visitas ou acompanhantes.

Desta forma, ficou definido que o serviço de Internamento de Pediatria seria um serviço “não COVID-19”. No entanto, foram estabelecidas algumas condições/restrições. Ficou definido que no serviço de Internamento de Pediatria só iria estar presente um pai ou pessoa significativa desde que este apresentasse um teste COVID-19 negativo naquele momento, ou seja, um dos pais era testado no mesmo momento que o filho, geralmente na urgência pediátrica, e se fosse negativo acompanhava o internamento do filho até ao momento da alta clínica, não podendo se ausentar do serviço nem trocar com o outro progenitor e a sua higiene, as alimentações,...era tudo realizado no internamento. Relativamente aos filhos de mãe COVID-19 positivo, esses não tinham visitas e no momento da alta clínica eram levados até á porta do serviço, não podendo o cuidador entrar no mesmo.

2º PASSO: SENTIMENTOS

No decorrer deste percurso vivenciei diferentes sentimentos que passo a descrever.

No fundo, aqueles bebês e crianças que tinham os pais presentes não imaginavam o quão importante aquela pequena diferença fazia no seu desenvolvimento e crescimento.

Torna-se frustrante não podermos, enquanto futuras enfermeiras especialistas, fomentar o processo de vinculação e parentalidade. Por diversas vezes me questionei “como será a criação de ligação entre mãe e filho em casa?”, “Porque é que na nossa sociedade seguimos sempre o caminho mais fácil e erradicamos tudo o que trás adversidade e não refletimos em estratégias de implementação para não prejudicar o outro, pensando sempre em primeiro lugar no ser mais vulnerável?”, “Será que aqueles pais vão ser capazes de cuidar daquela criança sem darmos a oportunidade de assistirem aos nossos cuidados, fazermos educação para a saúde...?”.

As mudanças são difíceis de implementar e ir “contra” uma instituição torna-se uma “luta desgastante”. No entanto, causar momentos de reflexão pode levar à mudança e, no fundo, foi sempre esse o meu foco. Não conseguimos mudar o mundo, mas conseguimos fazer a diferença com pequenos passos.

3º PASSO: AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO

Relativamente a esta situação faço um balanço com pontos negativos, pois não consegui instituir a mudança e seria impossível dado terem definido ser um serviço “não COVID-19”.

Mas também existem pontos positivos que não podem ser descurados. No final deste estágio já se pondera em promover o alojamento conjunto dos bebés que nascem de mães com teste COVID-19 positivo e já se pensa em estratégias para que isso possa acontecer. Assim, deixariam de ser transferidos para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e, posteriormente, para o Serviço de Internamento de Pediatria.

No meu último dia de estágio recebemos um bebé que veio transferido da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais para autonomia alimentar e, dado que ainda não se sabia o resultado do teste COVID-19 do pai, ele não tinha tido a oportunidade de visitar e conhecer o seu bebé, o seu primeiro filho. Como já referi anteriormente só existe a visita de um dos pais no serviço de Internamento de Pediatria, acabando por se dar primazia à mãe pela questão da amamentação e o pai acaba por ser esquecido muitas vezes. Contudo, após algum debate entre futuras Especialistas e Enfermeiras Especialistas sobre a questão de o pai assim só conhecer o seu primeiro filho em casa, a equipa do serviço de Internamento de Pediatria ponderou levar o bebé até à porta do serviço para o pai poder conhecer o mesmo. Confesso que fiquei entusiasmada e bastante contente pelo simples facto de ponderarem essa situação, porque seria um momento tão importante para aquele pai.

Os nossos atos deveriam ser ponderados, mesmo sendo regras estabelecidas, deveríamos pensar se realmente estamos a praticar cuidados de qualidade, deveríamos refletir e, no fundo, ter um pensamento crítico sobre o que nos é imposto e, posteriormente, agirmos conforme os nossos princípios.

4º PASSO: ANÁLISE DA SITUAÇÃO

Ao analisar a situação, reconhece-se ser essencial a parceria de cuidados com uma prática de cuidados seguros priorizando a criança.

Primeiramente, torna-se importante realçar que a DGS propõe duas opções no nascimento de um filho de mãe COVID-19 positiva:

- o alojamento conjunto do bebé e da mãe em quarto individual com garantia de que a mãe cumprirá medidas de controlo da infeção (máscara e higiene das mãos e mamas). Nesta situação, o berço/incubadora deve ser colocado a uma distância da cama da mãe de pelo menos 2 metros.
- o internamento do bebé em sala própria ou berçário, preferencialmente em incubadora, e respeitando medidas de controlo da infeção por contacto e gotículas. Pode haver limitação de contactos externos, de acordo com o protocolo de segurança da instituição hospitalar, sendo esta a opção que a administração do Hospital São Francisco Xavier optou.

No mesmo documento a DGS afirma que a mãe COVID-19 positiva deve amamentar com a utilização de máscara, após as medidas de higiene necessárias.

Toda esta situação de separação entre o bebé e a mãe faz-me refletir sobre os impactos da parentalidade.

A parentalidade é descrita por Cruz (2005) como todas as ações executadas pelas figuras parentais que visem o melhor desenvolvimento dos seus filhos, acedendo aos recursos disponíveis como a família ou a comunidade.

A parentalidade está ligada ao conceito de família. Este conceito de família pode ser conhecido como uma unidade básica indispensável ao desenvolvimento da personalidade humana, da sociabilidade, do amor e da partilha, sendo uma unidade em que os membros se encontram unidos por laços de sangue ou sentido de pertença caracterizado por laços recíprocos (Santos, 2011). Desta forma, os elementos de cada família vivem os mesmos problemas, como os desejos e afetos, ambições e frustrações (Santos, 2011).

Isto torna-se mais relevante quando se trata de um casal que irá ter o seu primeiro filho. A expansão familiar leva a que o casal passe a desempenhar um novo papel, o papel parental. Segundo a CIPE (2015, p. 71), a parentalidade é a ação de tomar conta como: “assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”.

Desta forma, é perceptível que a parentalidade tem impacto no desenvolvimento da criança, especialmente durante o período da infância e por isso esta não deve ser quebrada.

Segundo Meleis (2010) e a sua teoria, a parentalidade é uma transição. As transições são inerentes à mudança e ao desenvolvimento. Uma transição caracteriza-se por um período entre dois estados relativamente estáveis, isto é, a passagem de um estado, condição ou fase da vida para outra. É definida como um processo que compreende fases e sequências, delimitada num intervalo de tempo assumindo-se como um fenómeno contínuo, mas limitado e conjectura percepção pois é atribuído um significado à transição pela pessoa que a experimenta. Uma transição caracteriza o processo e o resultado das interações complexas entre a pessoa e o ambiente (Meleis, 2010).

Os processos de transição associados aos pais de recém-nascidos de risco ou crianças doentes surgem ligados ao fenómeno de hospitalização, que é um evento crítico para os pais, pois requer uma adaptação a uma nova realidade.

Nesta situação específica de vulnerabilidade, os pais consideram os enfermeiros um membro importante e de referência nos cuidados à criança através da gestão emocional, comunicação e informação eficaz, promoção da vinculação e das competências parentais. O cuidado especializado em crianças tem implícito o trabalhar com os pais, com comportamentos, atitudes, valores e crenças específicas de cada família, tornando esta, também, o centro do nosso plano de cuidados individualizado e personalizado, favorecendo mudanças no sentido ascendente. Por isso, cabe ao profissional de saúde estabelecer uma relação terapêutica com os pais através de uma parceria contínua e diária de cuidados, com vista ao desenvolvimento da criança.

Assim sendo, é importante para os pais que haja uma parceria de cuidados. A parceria entre enfermeiros e pais passa pelo reconhecimento de que para cuidar de uma criança também se tem de cuidar dos seus pais. Portanto, o papel do enfermeiro prende-se por identificar as necessidades da criança, mas também as necessidades dos pais durante a hospitalização da mesma.

O modelo de cuidados centrados na família foi inicialmente desenvolvido por Anne Casey, em 1988, no contexto dos cuidados pediátricos. É denominado por Modelo da Parceria de cuidados e evidencia a importância da participação dos pais nos cuidados à criança hospitalizada, ou seja, a criança é o utente e a família é assumida como prestadora de cuidados ao filho. A colheita de informação acerca da família, como estrutura, dinâmica familiar e recursos familiares é importante para uma melhor orientação da mesma (Casey citada pela Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Esta autora defende, ainda, que para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados devem ser prestados em forma de proteção, estímulo e amor, e nesta perspectiva ninguém melhor que os pais para os desenvolverem.

Neste modelo, Casey faz a diferenciação entre cuidados familiares e cuidados de enfermagem e considera que os primários englobam os cuidados de suporte às necessidades básicas da criança, tais como higiene, alimentação, conforto e amor, e os cuidados de enfermagem são cuidados que envolvem alguma diferenciação, e têm por objetivo satisfazer outras necessidades da criança, presentes em virtude do seu quadro fisiopatológico. Segundo este modelo os enfermeiros devem prestar cuidados especializados de enfermagem, promovendo a que os pais prestem cuidados familiares.

Assim, a estrutura deste modelo rege-se pelo sentimento de negociação e respeito pelas necessidades e desejos da criança e família.

O enfermeiro deve promover o envolvimento da família nos cuidados à criança e, através de um processo de negociação, estabelecer quais os cuidados que a mesma pretende prestar, procurando o bem-estar da criança.

Então, são os enfermeiros que intervêm nas mudanças que as transições provocam na vida das suas crianças e dos seus pais e os ajudam a organizar-se para as transições iminentes. Se o nascimento de um recém-nascido saudável é considerado um momento de transição no ciclo de vida individual e familiar, então, neste caso é dificultado pela necessidade de internamento, tendo um elevado impacto nos comportamentos, relações e funções dos elementos da família (Hockenberry & Wilson, 2014).

O enfermeiro deve ter em atenção todas as prováveis situações transicionais com destaque no contexto familiar, de forma a que sejam bem-sucedidas na sua prestação de cuidados. No Guia Orientador de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros (2015) corrobora a importância da intervenção do enfermeiro no apoio à experiência da parentalidade, reforçando que deve haver uma negociação constante, que acabe por ser favorável e satisfatória, entre o profissional e os pais, com o propósito de estes se sentirem parte da equipa e favoreça o sentimento de confiança e pertença nos seus padrões de resposta.

A parentalidade em condições normais inclui-se nas transições de desenvolvimento.

Quando a parentalidade se desenvolve em condições específicas como a parentalidade de uma criança, filha de mãe COVID-19 positivo, estamos perante uma transição situacional por se revelar muitas das vezes uma situação inesperada que requer adaptação a um novo papel, esta é também uma transição de saúde e doença pela necessidade de existência de um processo de recuperação. Importa referir que Meleis vê a saúde e a doença enquanto

entidades distintas que coexistem em interação dinâmica e são determinados por variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais e espirituais ligadas ao desenvolvimento (Meleis, 2010).

As transições são experienciadas pelas pessoas de forma diferente, tal como a parentalidade, sendo variável o tempo de cada transição. Assim, nas transições, o conhecimento de aspetos universais pode ser útil para a atuação do enfermeiro, isto se não se negligenciar a experiência pessoal de quem está a viver a transição.

As transições podem levar a instabilidades, produzindo efeitos negativos, que podem ser passageiros ou permanentes e que marcam a pessoa. Habitualmente, a relação entre o enfermeiro e o utente decorre regularmente durante as transições e Meleis (2010) refere que as terapêuticas de enfermagem passam por avaliar, planear e implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face aos eventos de transição, objetivando restabelecer a conexão e instabilidade geradas de forma a restaurar o equilíbrio, estabilidade e homeostasia. Ou seja, Meleis (2012) refere que as terapêuticas de enfermagem têm como finalidade tornar a pessoa menos vulnerável e possibilitar a realização de transições saudáveis.

Assim, à medida que o internamento decorre, os pais devem participar e assumir de forma crescente o controlo dos cuidados à criança, sendo o papel da equipa de Enfermagem fulcral neste âmbito, através de competências técnicas e científicas, mas também no desenvolvimento de estratégias que possibilitem identificar claramente as necessidades dos progenitores, para que os cuidados de Enfermagem sejam promotores de transição favorável para a parentalidade com vista à vinculação afetiva em ambos (Silva & Carneiro, 2014).

O percurso de um filho de mãe COVID-19 positiva passa então por uma hospitalização temporária sem visitas ou contacto com os pais (apenas via telefónica). Muitas vezes os pais agradeciam imenso por estarmos a prestar cuidados que eles próprios verbalizam e expressam sentimentos de angústia e tristeza, pois deveriam ser eles a prestar esses cuidados e acabavam por demonstrar sentimentos de culpabilização. No fundo, o facto de possuímos um telemóvel que permitisse a realização de videochamadas tornou-se uma ferramenta importante, sendo uma transição para a parentalidade bem-sucedida. Permitiu-nos a realização de videochamadas em direto e possibilitou que a mãe assistisse aos cuidados do seu filho, acabando por se sentir mais envolvida. Simultaneamente em que se incentiva a ligação mãe-filho, é possível também escutar as suas preocupações e esclarecer as suas dúvidas.

Atendendo a que os pais sejam parceiros de cuidados do seu filho, é crucial que os enfermeiros promovam apoio durante as transições que vivenciam e que otimizem intervenções que incentivem o papel parental, de forma a favorecer a aquisição de competências e conhecimentos para cuidarem dos seus filhos.

Em suma, de forma a que o enfermeiro consiga prestar cuidados individualizados e centrados em cada pessoa, este deve adquirir informação acerca das preferências, necessidades e perceções dos doentes. Seguidamente, intervém de forma educativa e presta cuidados de enfermagem adequados às características físicas e sócio ambientais, à situação do doente e às suas reações e respostas (Suhonen et al., 2008).

5º PASSO: CONCLUSÃO

Todas as experiências pelas quais passamos proporcionam-nos uma aprendizagem.

À medida que as situações vão acontecendo, vamos adquirindo estratégias e, desse modo, damos respostas mais rápidas e eficazes, que se adequam à equipa, à criança e à família.

Após analisarmos de uma forma crítica as nossas práticas de cuidados vai nos permitir repensar e reinventar novas formas de agir. A nossa reflexão gera mudança e essa transforma as nossas práticas aumentando a qualidade dos cuidados, por isso é importante darmos uma voz ativa a quem está aos nossos cuidados, criança e pais, no processo de cuidar.

A evidência científica indica a importância da parceria de cuidados e confiança e a promoção da capacitação e *empowerment* dos pais na promoção da vinculação e da parentalidade. Assim, deve ser parte integrante do plano de cuidados o envolvimento precoce da família no processo de cuidar e de tomada de decisão.

O envolvimento precoce dos pais ou pessoa significativa nos cuidados à criança hospitalizada, incita à reflexão acerca do que seria a atuação ideal do enfermeiro no sentido de promover uma parentalidade plena e feliz. Para minimizar as variáveis que promovem o impacto negativo desta hospitalização, relacionadas com os constrangimentos e vulnerabilidades dos bebés ou crianças doentes, bem como o ambiente e a dinâmica de cuidados, o enfermeiro pode fazer a diferença procurando compreender de que forma a sua intervenção pode apoiar positivamente a vivência da hospitalização.

Enquanto futura Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria tenho como função respeitar e apoiar, encorajar e potenciar as competências da família. O enfermeiro deve

centrar os seus cuidados num modelo de intervenção focalizando a criança e família e encarando sempre como alvo a parceria de cuidados.

6º PASSO: PLANO DE AÇÃO

Nesta situação, definir um plano de ação traduz-se num problema, pois as regras de uma instituição acabam por estar muito enraizadas e, ainda para mais, nesta situação pandémica em que ninguém quer falhar.

Desta forma, o planear e concretizar o alojamento conjunto seria importantíssimo para a criação do papel parental e o estabelecimento do vínculo afetivo e da parentalidade. No caso de ser uma situação impossível, haver a possibilidade de os pais poderem ver os seus filhos através de um vidro, a realização de videochamadas durante os cuidados, entre outras intervenções que fazem toda a diferença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). *CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda.
2. Cruz, O (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.
3. Gibbs G (2013). *Learning by Doing*. Oxford Centre for Staff and Learning Development. Disponível em: <https://thoughtsmostlyaboutlearning.files.wordpress.com/2015/12/learning-bydoing-graham-gibbs.pdf>
4. Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9ª ed.) (vol 1). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's – Nursing Care of Infants and Children, 9th, 2011, New York: Elsevier).
5. Meleis, A.I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company
6. Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. (5ªed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins, cop.
7. Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

8. Orientação nº 026/2020 de 19/05/2020: *COVID-19; Cuidados ao Recém-nascido na Maternidade*. Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0262020-de-19052020-pdf.aspx>
9. Santos, O. (2011). *Necessidades dos pais das crianças hospitalizadas: perspectiva dos pais*. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.
10. Silva, C. & Carneiro, M., (2014). *Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho*. Revista de Enfermagem Referência. IV nº 3. 17-26.
11. Suhonen, R., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. (2008). *A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients*. Journal of Clinical Nursing. 17(7), p. 843-860. Doi: [10.1111 / j.1365-2702.2007.01979.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01979.x)

APÊNDICE IX – Cartaz Informativo (Uso Seguro do Medicamento em
Pediatría)

"Um medicamento é toda a substância (...) possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças (...) com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas"

(Decreto-Lei n.º 76/2006, de 30 de Agosto)

Nome Farmacológico:

Nome do princípio ativo

Nome Comercial:

Nome da marca



Como medir a Quantidade de medicamento?

1 colher de chá = 5ml

1 colher de sopa = 15ml

¼ comprimido =



½ comprimido =



A Importância de cumprir a medicação do seu filho:

É importante esclarecer todas as suas dúvidas com o profissional de saúde, tais como:

- riscos/benefícios do tratamento;
- como pode afetar os hábitos diários;
- situações em que pode ou deve ser interrompida.

Cuidados a ter com os medicamentos:

- Nunca deixar os medicamentos ao alcance das crianças!
- Os medicamentos devem estar sempre bem identificados!
- Não medicar o seu filho sem indicação médica!
- Os medicamentos devem ser conservados consoante indicação da bula.
- O mesmo medicamento pode ter diferentes doses, tamanhos e formas. Por exemplo, o Paracetamol:



Xarope
40mg/ml



supositório
75 mg



supositório
125 mg



supositório
250 mg



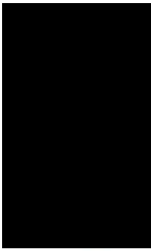
comprimido
500 mg

Referências Bibliográficas

- <http://www.apifarma.pt/apifarma/areas/sau-dehumana/medicamentos/Paginas/default.aspx>
- http://www.isao.med.br/artigos/artigo/Onde_Nao_Ha_Medico-2009.pdf

Enf. Sílvia Gelo, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).
Sob orientação da Professora Doutora Elisabete Nunes e Enfermeira Especialista

APÊNDICE X – Tabela da Terapêutica de Domicílio



TERAPÉUTICA DE DOMICÍLIO DA(O)



Terapêutica	Dose (ml)	Via	Horário	Observações



Colocar na dose se for medicação em comprimidos:



¼ comprimido:



½ comprimido:



1 comprimido:



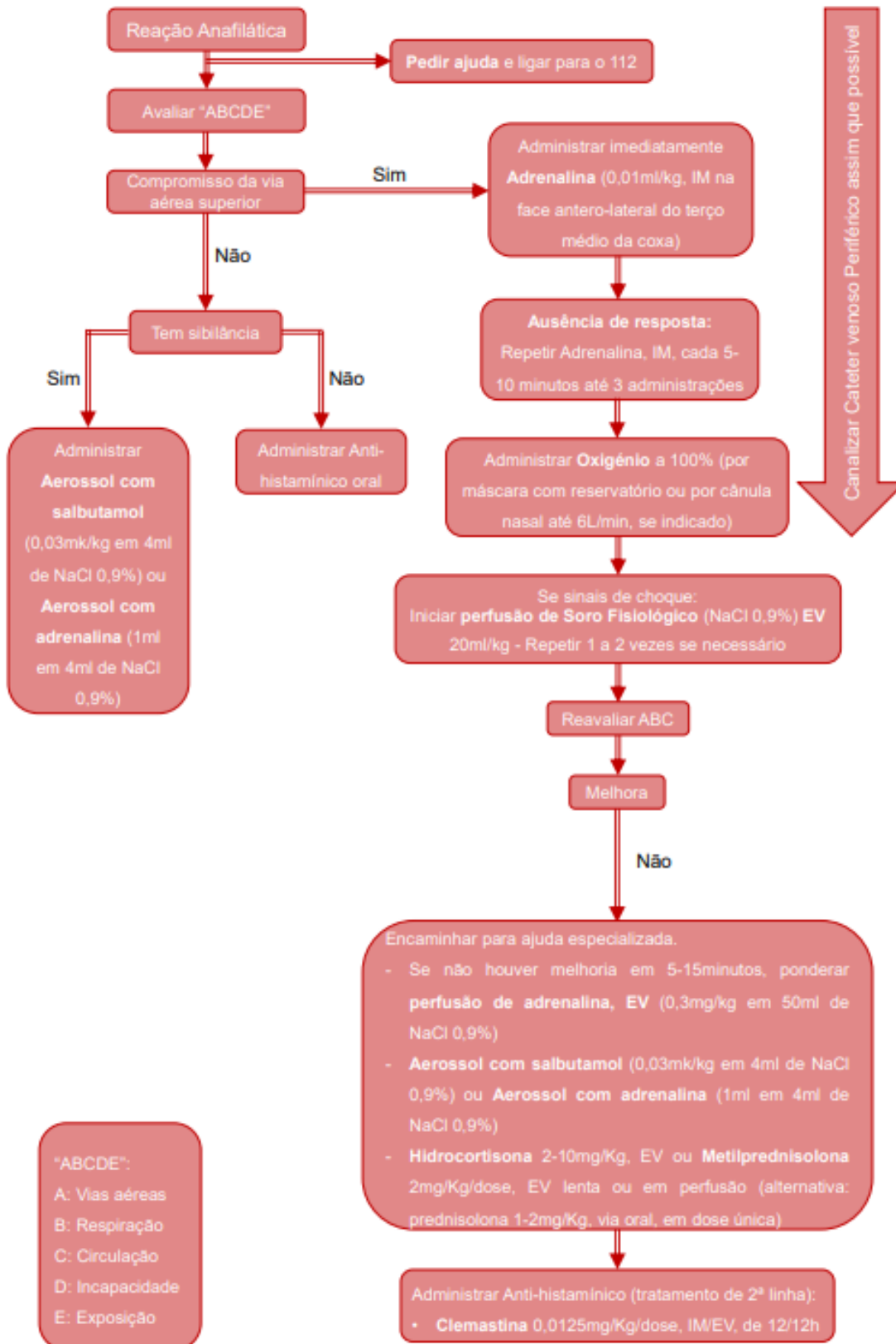
1 + ½ comprimidos:

Em observações colocar:

- Forma de conservação (p.ex. frigorífico);
- Cuidados a ter antes, durante ou depois do medicamento (p.ex. no caso de um medicamento oftálmico colocar que deve ser feita limpeza ocular com soro fisiológico antes da aplicação);
- Colocar até quando a última toma.

APÊNDICE XI – Fluxograma em caso de atuação numa reação anafilática
após a vacinação

Abordagem à criança em situação de reação anafilática após vacinação



APÊNDICE XII – Relatório da sessão formativa em Contexto de Cuidados de
Saúde Primários: “Abordagem à criança em situação de reação anafilática
após vacinação”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório da Sessão Formativa:
**“Abordagem à criança em situação de reação anafilática após
vacina”**

Realizado por: Selma Gaio

Enf^ª. Orientadora: [REDACTED]

Enf^ª. Docente: Prof. Dra. Elisabete Nunes

INDICE

1. PLANO DA SESSÃO FORMATIVA	3
2. DIVULGAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA	5
3. APRESENTAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA	6
4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA	14

Apêndices

Apêndice 1 – Questionário de avaliação da sessão formativa	16
--	----

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Plano da Sessão Formativa	3
Quadro 2 – Resultado da avaliação com base na Apreciação Global	14
Quadro 3 – Resultado da avaliação do formador e metodologia	14

1. PLANO DA SESSÃO FORMATIVA

Tema: Abordagem à criança em situação de reação anafilática após vacina

Local: USF [REDACTED]

Data: 6/11/2020

Hora: 14h00

Formadora: Selma Gaio (AE ESIP)

Objetivos:

- Aumentar a segurança dos cuidados à criança;
- Prevenir erros e incidentes junto das crianças em situações de stress;
- Sistematizar e esquematizar as práticas de atuação na abordagem à criança em situação de reação anafilática após vacinação.

Quadro 1 – Plano da Sessão Formativa

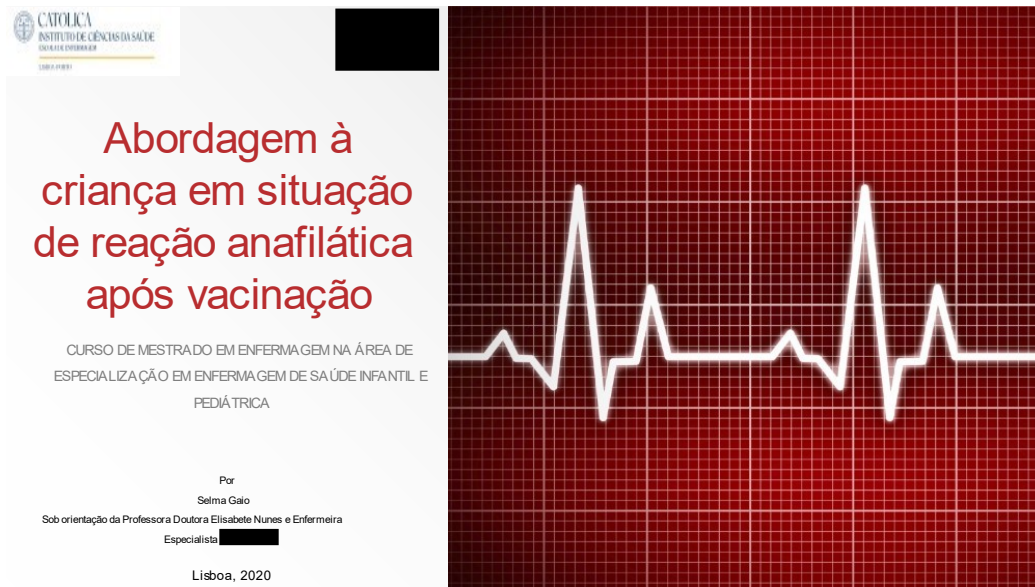
Fases	Conteúdo Programático	Métodos e Técnicas	Recursos didáticos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">▪ Apresentação do formador▪ Exposição dos objetivos▪ Contextualização do tema da sessão	Expositivo	Recursos audiovisuais e multimédia	1 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">▪ Definição de segurança do doente;▪ Segurança das vacinas;▪ As reações adversas às vacinas;▪ Reações Anafiláticas às vacinas;▪ Critérios clínicos de diagnóstico de reação anafilática;▪ Tratamento imediato da reação anafilática;	Expositivo	Recursos audiovisuais e multimédia	15 min

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do fluxograma. 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Síntese dos conteúdos abordados; ▪ Partilha de experiências. 	Expositivo Interativa	Recursos audiovisuais e multimédia	2 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esclarecimento de questões; ▪ Preenchimento de questionários 	Diálogo Aplicação de questionário de avaliação	Questionário de avaliação da sessão.	2 min

2. DIVULGAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

A divulgação da sessão foi realizada internamente por transmissão verbal aos diferentes elementos da equipa multidisciplinar.

3. APRESENTAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA



The image shows the cover of a thesis. On the left, there is a white box with text. At the top left of this box is the logo of 'CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE' with the year '1864' below it. The main title is 'Abordagem à criança em situação de reação anafilática após vacinação' in red. Below the title, it says 'CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA'. The author is 'Por Selma Gaio' and it is 'Sob orientação da Professora Doutora Elisabete Nunes e Enfermeira Especialista'. The location and year are 'Lisboa, 2020'. To the right of the white box is a red background with a white ECG line.

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
1864

**Abordagem à
criança em situação
de reação anafilática
após vacinação**

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA

Por
Selma Gaio
Sob orientação da Professora Doutora Elisabete Nunes e Enfermeira
Especialista

Lisboa, 2020

Objetivos

- Aumentar a segurança dos cuidados à criança;
- Prevenir erros e incidentes junto das crianças em situações de stress;
- Sistematizar e esquematizar as práticas de atuação na abordagem à criança em situação de reação anafilática após vacinação .

Segurança do Doente

“A segurança depende da criação de sistemas que antecipem os erros e também os previnam ou intercetem antes que causem dano”

(Wachter, 2013)

Segurança das Vacinas

- Todas as vacinas que foram autorizadas têm uma grande qualidade de segurança, eficácia e qualidade;
- Antes de vacinar a criança devemos sempre questionar com perguntas dirigidas com o intuito de identificar possíveis contraindicações ou precauções.



Reações adversas às vacinas

- **Mais frequentes:** reações ligeiras no local da injeção;
- **Menos frequentes:** reações sistémicas como a febre.
- Pode aparecer reações de hipersensibilidade não grave a componentes das vacinas (não implica uma contraindicação).
- Não é recomendada a administração preventiva de paracetamol (pode haver interferência com a resposta imunológica).

Reações Anafiláticas às vacinas

- São muito **raras**;
- Podem manifestar-se após a administração de qualquer medicamento, incluindo vacinas.
- São uma ameaça à vida, dessa forma exige uma preparação prévia dos serviços.

Reações Anafiláticas às vacinas (cont.)

- Reação de hipersensibilidade generalizada ou sistémica;
- Potencialmente ameaçadora da vida que inclui sinais e sintomas, isolados ou combinados, que ocorrem em minutos ou em poucas horas.

Leve

Moderada

Grave

Reações Anafiláticas às vacinas (cont.)

Define-se por várias alterações:

- Via aérea
- e/ou
- Circulatória

Eventualmente, relacionadas com alterações cutâneas e das mucosas.

Reações Anafiláticas às vacinas (cont.)

- Pode haver um período de acalmia antes de evoluir para uma **segunda reação**.

 Resposta Bifásica



Reações Anafiláticas às vacinas (cont.)

A prevenção é a melhor abordagem.

Importante saber:

- Doença alérgica (alergias a alimentos, medicamentos, picada de insetos);
- Manifestações anafiláticas anteriores;
- Ocorrência anterior de reações adversas graves a uma vacina ;
- Ocorrência anterior a reações adversas graves a componentes das vacinas (leveduras, gelatina, ovo);

Reações Anafiláticas às vacinas (cont.)

- Após a administração da vacina, devem permanecer sob observação durante 30 minutos ;
- O diagnóstico é clínico;
- Devemos estar capazes de identificar precocemente uma reação anafilática .

Tratamento imediato da reação anafilática

Cuidados pré-hospitalares respeitam um método sequencial e estruturado - "ABCDE"

- A: Vias aéreas
- B: Respiração
- C: Circulação .
- D: Incapacidade
- E: Exposição

Sequência de Procedimentos para o Tratamento imediato da reação anafilática

- Pedir ajuda e Ligar para o 112;
- Avaliar “ABCDE”;
- Administrar imediatamente adrenalina, IM;

Latentes < 6 meses	0,01ml/kg/dose
≥ 6 meses e < 6 anos	0,15ml
≥ 6 anos e < 12 anos ou com < 40 kg	0,3ml
≥ 12 anos	0,5ml

pode repetir a adrenalina após 5 a 15 minutos, até 3 administrações

Sequência de Procedimentos para o Tratamento imediato da reação anafilática (cont.)

- Manter as vias aéreas permeáveis (tubo de guedel);
- Administrar oxigénio a 100% por máscara com reservatório ou por cânula nasal até 6L/min (se necessário);
- Posicionar o doente de acordo com os sinais e sintomas;
- Avaliar: TPC, FC, TA, FR e Sat. O₂;
- Colocar CVP (assim que possível);
- Iniciar perfusão EV de Soro Fisiológico;

Sequência de Procedimentos para o Tratamento imediato da reação anafilática (cont.)

- Perfusão EV de adrenalina (se TA continuar a descer e sem resposta à adrenalina IM - ponderar);

0,3mg/kg em 50ml de S.F.

- Aerossol com broncodilatadores ou aerossol com adrenalina (se mantiver sinais de obstrução das vias aéreas);

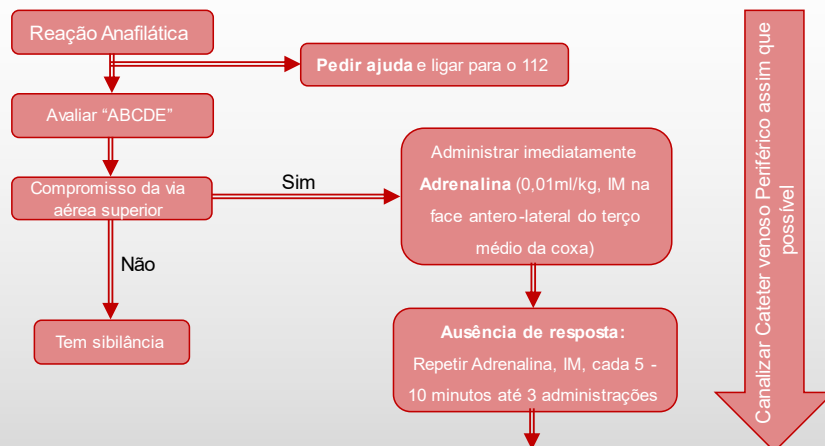
Sequência de Procedimentos para o Tratamento imediato da reação anafilática (cont.)

Nas reações graves ou recorrentes e nos doentes com asma:

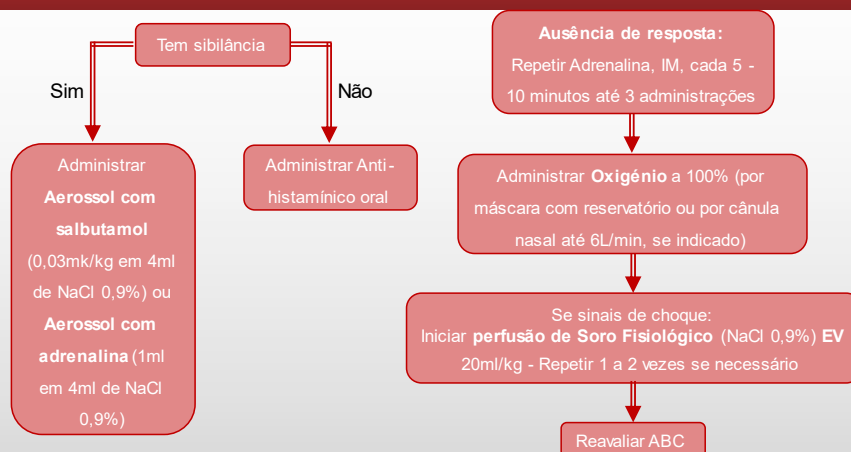
- Hidrocortisona 10mg/kg EV
- Ou
- Metilprednisolona 2mg/kg/dose IM ou EV

Administrar anti-histamínico IM/EV (clemastina – como tratamento de 2ª linha)

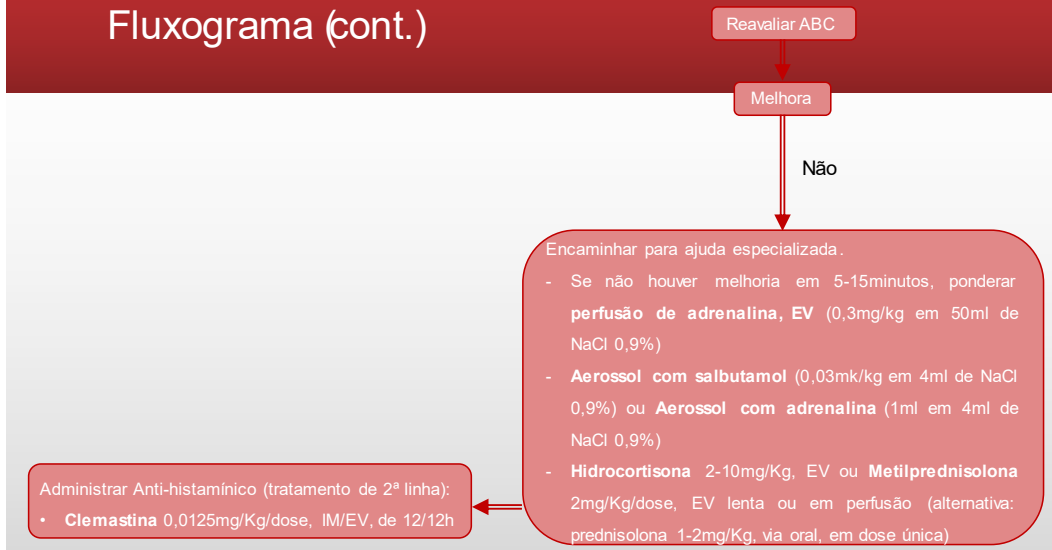
Fluxograma



Fluxograma (cont.)



Fluxograma (cont.)



Referências Bibliográficas

- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. *Programa Nacional de Vacinação 2020*. Lisboa, DGS 2020;
- Norma 014/2012 de 16/12/2012: *Anafilaxia: Abordagem Clínica*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142012-de-16122012-png.aspx>;
- Wachter, R. M. (2013). *Compreendendo a segurança do paciente*. ARTMED, 2ª edição, ISBN: 9788580552539.

Muito Obrigada!



Abordagem à criança em situação de reação anafilática após vacinação

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA

Por

Selma Gaio

Sob orientação da Professora Doutora Elisabete Nunes e Enfermeira
Especialista [REDACTED]

Lisboa, 2020



4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

Na sessão estiveram presentes 6 elementos, sendo 5 enfermeiras e 1 aluna de enfermagem. Esta decorreu como planeado. Foi realizado um questionário de avaliação da formação, tendo sido solicitado a colaboração dos formandos no preenchimento do mesmo. Seguidamente apresentam-se os resultados do questionário de avaliação, quanto à satisfação da equipa com a sessão:

Quadro 2 – Resultado da avaliação com base na Apreciação Global

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.			2	4
2. Os objetivos da formação foram atingidos.			2	4
3. Para a sua atividade profissional a formação foi útil.			1	5
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.			2	4
5. A teoria foi relacionada com a prática.			2	4
6. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.			2	4
7. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.			2	4
8. A duração da formação foi adequada.			2	4
9. O horário da formação foi adequado.			2	4

Quadro 3 – Resultado da avaliação da Metodologia

METODOLOGIA	1	2	3	4
10. Domínio dos conteúdos apresentados.			2	4
11. Facilidade de transmissão de conhecimentos.			2	4
12. Clareza na transmissão dos conhecimentos.			2	4
13. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.			2	4
14. Interação com o grupo.			2	4
15. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.			2	4
16. Gestão de tempo.			2	4
17. Pontualidade.			2	4

Face aos resultados do questionário de avaliação da sessão com base na Apreciação Global e na Metodologia, constata-se a pertinência da mesma, segundo a perspetiva dos profissionais.

Apêndice

Apêndice I – Questionário de avaliação da sessão formativa

Curso de Mestrado em Enfermagem
área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Serviço: USF [REDACTED]

Tema: Abordagem à criança em situação de reação anafilática após vacinação

Data: 6/11/2020

Duração: 20 minutos

Formador: Selma Sofia Marques Gaio

Coloque uma cruz (x) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL

Discorda Totalmente Discorda Concorda Concorda Totalmente

1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.
2. Os objetivos da formação foram atingidos.
3. Para a sua atividade profissional a formação foi útil.
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.
5. A teoria foi relacionada com a prática.
6. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.
7. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.
8. A duração da formação foi adequada.
9. O horário da formação foi adequado.

Classifique o formador e a metodologia utilizando a seguinte escala:

METODOLOGIA

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

10. Domínio dos conteúdos apresentados.
11. Facilidade de transmissão de conhecimentos.
12. Clareza na transmissão dos conhecimentos.
13. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.
14. Interação com o grupo.
15. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.
16. Gestão de tempo.

17. Pontualidade.

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigada pela sua Colaboração!

APÊNDICE XIII – Folheto informativo no idioma português dirigido aos pais: “Uso Seguro do Medicamento em Pediatria”

CUIDADOS A TER COM OS MEDICAMENTOS:

- Nunca deixar os medicamentos ao alcance das crianças!
- Os medicamentos devem estar sempre bem identificados!
- Os medicamentos devem ser conservados consoante indicação do folheto (bula), mas devem ficar em locais frescos, longe do calor e da humidade.
- O mesmo medicamento pode ter a mesma forma e tamanho, mas uma dose diferente. Por exemplo, o Paracetamol:



EM CASO DE INTOXICAÇÃO:

Ligar para a Linha do Centro de Informação Antivenenos (CIAV) – 800.250.250

Referências Bibliográficas

- <https://www.apifarma.pt/apifarma/areas/saudehumana/medicamentos/Paginas/default.asp>
- X
- http://www.isao.med.br/artigos/artigos/Onde_Nao_Ha_Medico-2009.pdf

UNIVERSIDADE
de LISBOA

Enf. Selma Gato, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).
Sob orientação da Professora Doutora Elisabete Nunes e Enfermeira Mestre Especialista [REDACTED]

Uso SEGURO do Medicamento em Pediatria



Nenhum medicamento é completamente seguro. Existe sempre perigo.



Um medicamento é toda a substância (...) possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças (...) com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas



(Decreto-Lei n.º 76/2006, de 30 de Agosto)

COMO LER A CAIXA DO MEDICAMENTO?

Nome Farmacológico:
Nome do princípio ativo



Nome Comercial:
Nome da marca

COMO LER A CAIXA DO MEDICAMENTO? (CONT.)

- O mesmo medicamento pode ter vários nomes, pois cada laboratório dá o seu próprio nome. Por isso devemos estar atentos e guiarmo-nos pelo nome farmacológico para não haver erros.



COMO MEDIR A QUANTIDADE DE MEDICAMENTO?

1 colher de chá = 5ml

1 colher de sopa = 15ml

¼ comprimido =

½ comprimido =



A IMPORTÂNCIA DE CUMPRIR A MEDICAÇÃO DO SEU FILHO:

É importante esclarecer todas as suas dúvidas com o profissional de saúde, tais como:

- riscos/benefícios do tratamento;
- como pode afetar os hábitos diários;
- situações em que pode ou deve ser interrompido.

QUANDO DEVE SUSPENDER O MEDICAMENTO DO SEU FILHO:

Paracetamol: em caso de febre, 3 dias;

Ibuprofeno: 3 dias;

Antibiótico: 8 a 10 dias (dependendo da prescrição médica).

Paracetamol (supositório)	75mg de 8/8h até aos 3 meses 125mg de 8/8h dos 6 aos 11kg
Ibuprofeno 20mg/ml (suspensão oral)	2,5ml de 8/8h a partir dos 3 meses 2,5ml de 8/8h ou 6/6h dos 6 aos 12 meses

APÊNDICE XIV – Folheto informativo no idioma português dirigido aos pais: “Segurança no domicílio”

Quedas (cont.)

- É preferível a cama de grades ao berço e à alcofá;
- A instabilidade das pegas da alcofa aumenta o risco de quedas. Para além de que favorece o sobreaquecimento do bebé e não fornece segurança na prevenção do Síndrome da Morte Súbita;
- Não se devem deixar alcofas, espreguiçadeiras ou cadeiras de automóvel em cima de superfícies altas. Coloque-as no chão!;
- Sempre que o bebé é colocado no carrinho ou na espreguiçadeira deve ser colocado de imediato o cintro;
- Quando o carrinho estiver parado, deve ser travado.

Queimaduras

- É fundamental avaliar a temperatura da água do banho antes de colocar o bebé na banheira;
- A temperatura deve rondar os 36º/37ºC,, colocando primeiro a água fria e só depois a quente;
- Não é aconselhado aquecer os biberões no microondas. Deve aquecer em banho maria e avaliar sempre a temperatura do leite antes de o dar ao bebé, deitando uma pequena quantidade na face interna do punho;
- O bebé/criança não deve estar ao colo quando o cuidador está a fumar, cozinhar ou tem na mão utensílios com líquidos quentes, como chá ou café;

Queimaduras (cont.)

- Durante o verão deve usar protetor solar com o grau máximo de proteção e respeitar a exposição ao sol nas horas de menor calor, pois o bebé é extremamente sensível aos raios solares;
- Antes dos 2 meses não é aconselhado a exposição solar e as idas à praia. Após essa idade, o bebé deve usar sempre chapéu e t-shirt.

Números importantes que deve saber:

- SNS 24 (Saúde 24): 808 24 24 24
- Associação para Promoção da Segurança Infantil (APSI): 21 884 41 00
- SOS Criança: 217 931 617 / 116 111

Referências Bibliográficas:

- <https://www.cuf.pt/mais-saude/acidentes-domesticos-aprenda-preveni-los>
- http://apsi.org.pt/imagens/Documentos/PASI_2011.pdf
- <http://www.apsi.org.pt/index.php/pt/>



EnP Salma Gau, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).
Sub-orientação da Professora Doutora Elisabete Enfermeira Mestre e Especialista

Segurança...

Prevenção de Acidentes...

...no Domicílio!!!

A prevenção é a melhor forma de evitar acidentes!



Afogamento

- É rápido e silencioso;
- Nunca deixar o bebé sozinho durante o banho, mesmo com pouca quantidade de água;
- Nunca confiar a supervisão do bebé durante o banho a outra criança pequena;
- No caso de piscinas ou qualquer outra fonte de água nunca descurar a vigilância da criança.

Asfixia por corpo estranho

- Os bebés exploram o meio com as mãos e a boca e, por isso, devemos ter a preocupação de escolher brinquedos grandes que não caibam na boca do bebé e que não tenham peças pequenas;

Asfixia por corpo estranho (cont.)

- A chucha deve ter a tétina bem fixa à base e o disco deve ser suficientemente grande, de modo a impedir que entre na boca do bebé;
- O bebé ou a criança não devem usar brincos, pulseiras, anéis ou fios, de modo a evitar a aspiração accidental.

Asfixia

- No berço/cama não devem existir lençóis, almofadas ou tralhas de pano junto à cabeça do bebé;
- Laços, fitas e brinquedos também devem ser retirados da cama;

Asfixia (cont.)

- As correntes das chuchas não devem ter um comprimento superior a 22cm para evitar o risco de estrangulamento. Devem ser retiradas ao deitar;
- Sacos de plástico e balões não devem estar ao alcance do bebé.

Asfixia por engasgamento

- Dar biberão ao bebé deitado é uma prática errada, pois há um risco muito elevado de engasgamento;
- Após a alimentação, o bebé deve eructar e só depois ser deitado em decúbito dorsal, com a cabeça lateralizada.

Quedas

- São os acidentes mais comuns nos primeiros meses de vida;
- Basta uma pequena distração para que ocorra um acidente;
- O cuidador deve manter sempre uma mão em contacto com o bebé;
- A escolha da cama do bebé deve obedecer às normas de segurança europeias;

APÊNDICE XV – Folheto informativo no idioma português dirigido aos pais:
“Acidentes Rodoviários: Prevenção”

PORQUE É QUE A CADEIRA NÃO DEVE ESTAR NO BANCO DA FRENTE VOLTADA PARA TRÁS?

- Diminui a visibilidade pelo espelho lateral direito;
- Aumenta a probabilidade de quem está a conduzir se distrair (para pôr a chucha à criança por exemplo) - é preferível parar o carro num lugar seguro e ver o que a criança precisa;
- Pode originar erros muito graves como esquecer de desligar o airbag frontal. Se o airbag disparar, a criança pode morrer.



Cuidados:

O ideal é comprar uma cadeira para cada criança.

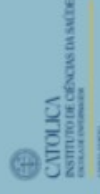
No entanto, se não for possível a cadeira não deve ser usada por mais de 2 crianças.

Se for emprestada deve ser por alguém de confiança e que nunca tenha sido envolvida num acidente.

A cadeira deve ter a etiqueta de homologação e instruções de instalação e utilização.

Referências Bibliográficas:

- <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/component/content/article/2-uncategorised/234-a-escolha-da-cadeirinha-adequada>
- https://www.apsi.org.pt/images/Documents/Esclarecimento_SRCVT_noslugaresdetras_atuzdalegislacaoportuguesa.pdf
- <http://apsisegurancainfantil.blogspot.com/2014/02/nova-norma-de-seguranca-para-cadeirinhas.html>



Enf. Selma Galo, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).
Sob orientação da Professora Doutora Isabel Nunes e Enfermeira Mestre e Especialista [REDACTED]

Acidentes Rodoviários



Prevenção...

Prevenção de Acidentes Rodoviários

CADEIRA DE TRANSPORTE

Deve estar aprovada pelas normas internacionais mais recentes.

ECE44/04 universal 9 - 36 kg Y (E) 04210084 1178645	i-Size 67cm-105cm / 518,5 kg (E4) Local onde foi realizada a homologação E. Europa N.º País Número de aprovação Número de série
---	--

As cadeiras podem ser homologadas sob 2 normas:

- a R44/04 (tem por base o peso da criança - regulamento anterior);
- R129, modelo i-Size (baseia-se na altura da criança).

A norma de homologação R129 é a que está em vigor e que vai substituir a R44/04.

CADEIRA DE TRANSPORTE (CONT.)

Contudo, é permitido continuar a usar as cadeiras homologadas pelo R44/04, isto porque ainda existe veículos que não têm sistema ISOFIX (sistema usado nas cadeiras homologadas pelo R129).

As cadeiras homologadas pelo R 44/04 continuam a proporcionar um bom nível de segurança se forem utilizadas adequadamente.

Deve, sempre, certificar-se antecipadamente se a cadeira é compatível com o seu veículo.

TRANSPORTE AUTOMÓVEL (CONT.)

A criança tem a cabeça grande e pesada e o pescoço frágil e, por isso, deve viajar com a cadeira voltada para trás, até o mais tarde possível para sua proteção.
O ideal seria até aos 3/4 anos, mas, se não for possível, pelo menos até aos 2 anos.

Deve sempre transportar as crianças no banco de trás.

Se forem no banco da frente, deve colocar a cadeira voltada para trás e não esquecer de desligar o airbag.

TRANSPORTE AUTOMÓVEL

O transporte do bebe deve ser com um sistema de retenção apropriado à sua idade e peso/altura.



APÊNDICE XVI – Folheto informativo no idioma português dirigido aos pais: “Vigilância de Saúde”

Programa Nacional de Vacinação (cont.)

2 Meses:

- 1ª dose DTPaHibVIP (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa, Haemophilus Influenzae b e Poliomielite)
- 2ª dose VHB
- 1ª dose Pn13 (13 tipos de Pneumonia)
- 1ª dose MenB (Meningite B)

4 Meses:

- 2ª dose DTPaHibVIP
- 2ª dose Pn13
- 2ª dose MenB

6 Meses:

- 3ª dose DTPaHibVIP
- 3ª dose VHB



Programa Nacional de Vacinação (cont.)

12 Meses:

- 3ª dose Pn13
- Dose única Men C (Meningite C)
- 1ª dose VASPR (Sarampo, Paperão e Rubéola)
- 3ª dose MenB

18 Meses:

- 4ª dose DTPaHibVIP

5 anos:

- 5ª dose DTPaVIP
- 2ª dose VASPR

10 anos:

- HPV
- Reforço Td (Tétano e Difteria)

Referências Bibliográficas:

- Norma 018/2020 de 27/09/2020: Programa Nacional de Vacinação 2020. Direção Geral de Saúde
- Direção Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde. Portugal



Enf. Selma Galó, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).
Sob orientação da Professora Doutora Elisabete [redacted] e Enfermeira Mestre e Especialista [redacted]

Vigilância de Saúde



A importância de um crescimento e desenvolvimento saudável do seu filho.

A vigilância de saúde do recém-nascido/criança é essencial, uma vez que é constituída por um conjunto de medidas que visa eliminar, diminuir ou prevenir riscos para a saúde do bebé/criança.

Após o nascimento, os pais devem inscrever o seu filho no Centro de Saúde para que possam beneficiar das consultas de acompanhamento gratuitas (consultas de saúde infantil).

Mesmo que seja seguido num estabelecimento de saúde privado é sempre aconselhável que esteja inscrito no centro de saúde de referência.



”
Através da vacinação está a proteger não só a sua criança, mas também o resto da população, evitando a propagação de doenças graves, incapacitantes e mortais

“

SEGURANÇA DAS VACINAS

Todas as vacinas têm um elevado grau de segurança, eficácia e qualidade. São raras ou muito raras as reações adversas graves associadas às vacinas.

PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO

Nascimento:

1ª dose VHB (Hepatite B)
BCG (Tuberculose) - se for uma criança pertencente a um grupo de risco

AVALIAÇÃO DO PESO

Deve vigiar se o seu bebé está a aumentar de peso. Pese-o semanalmente, sem roupa e de preferência no mesmo local e à mesma hora, durante o primeiro mês.

VACINAÇÃO

Atualmente a administração da vacina BCG (vacina contra a tuberculose) é apenas recomendada para crianças pertencentes a grupos de risco.
Nas consultas de saúde infantil será alertado para a data de administração das restantes vacinas, de forma a dar continuidade ao Plano Nacional de Vacinação.



APÊNDICE XVII – Tabela com os fármacos de sedação

Fármacos de Sedação

Fármaco	Apresentação	Dosagem	Via de Administração	Efeitos Adversos	Observações
Alfentanil (Análogos estupefacientes)	500mcg/ml	Dose inicial: 20 – 50mcg/kg/dose Doses seguintes: 15mcg/kg/dose	EV Perfusão: diluir em NaCl 0,9% ou D _x 5% segundo prescrição médica	Bradicardia, arritmias, rigidez da parede torácica, hipertensão, hipotensão, vasodilatação periférica, taquicardia, perturbações gastrointestinais, mioclonias, apneia, depressão respiratória, broncospasmo, laringospasmo	Administrar apenas quando existe ventilação mecânica.
Fentanil (Análogos estupefacientes)	50mcg/ml Ou 0,05mg/ml	Dose inicial: 1 – 5mcg/kg/dose Doses seguintes: 1mcg/kg/dose	EV Perfusão: diluir em NaCl 0,9% ou D _x 5% de acordo com prescrição médica	Depressão respiratória, rigidez muscular (em doses altas), hipotensão, bradicardia, náusea, obstipação.	Antagonista: Naloxona Proteger da Luz! Início de ação em 1 - 2 min com pico aos 10 min.
Flumazenil (Intoxicações)	0,5mg/5ml	0,01mg/kg	EV (refrir diretamente a dose prescrita da ampola)	Arritmias, dor torácica, hipertensão, vasodilatação, agitação, visão turva.	Dose máxima 0,2mg
Midazolam (Antiepilépticos/ Benzodiazepinas)	15mg/3ml	0,1 – 0,2mg/kg/dose	EV (diluir em NaCl 0,9% ou D _x 5% de acordo com prescrição médica) – administração direta lenta	Depressão respiratória, ataxia, hipotensão, arritmias, coma, flebite no local.	Antagonista: Flumazenil
Morfina (Análogos estupefacientes)	10mg/ml	0,05 – 0,2 mg/kg/dose	EV (diluir a ampola até 10ml de NaCl 0,9% ou Água destilada, ficando 1mg/ml, e retirar desta diluição a dose prescrita)	Depressão respiratória, hipotensão, bradicardia, diminuição dos movimentos peristálticos, miase, retenção urinária.	Antagonista: Naloxona Proteger da Luz!
Naloxona (Intoxicações)	0,4mg/ml	5 - 10mcg/kg/dose	EV	Arritmias ventriculares em doentes com cardiopatia, hipotensão ou hipertensão arterial.	Proteger da Luz!
Propofol (Anestésicos gerais intravenosos)	10mg/ml	Dose inicial: 0,5 – 1mg/kg Dose seguinte em perfusão: 2 - 3mg/kg/hora	EV (refrir diretamente a dose prescrita da ampola) Perfusão	Depressão respiratória, convulsões, dor no local da injeção, hipotensão arterial.	

APÊNDICE XVIII – Tabela com medicação da Urgência Pediátrica

Medicação mais frequente da Urgência Pediátrica

Fármaco	Apresentação	Reconstituição/Preparação	Via de Administração/ Tempo de Administração	Estabilidade	Efeitos Adversos	Observações
Aciclovir (Ativirco)	250mg	Reconstituir o conteúdo do frasco em 10 ml NaCl 0,9% ou D _x 5%. Retirar a dose prescrita e diluir em 50 a 100ml de NaCl 0,9% (concentração s 7mg/ml) Lactentes: Reconstituir o conteúdo do frasco em 10 ml NaCl 0,9%. Retirar a dose prescrita e diluir até 6ml de NaCl 0,9%.	EV (em perfusão de 1h)	Temperatura ambiente: 12h	Náuseas, vômitos, diarreia, cefaléias, rash, lesão renal aguda	
Ácido Valproico (Anti-epiléptico)	400mg	Reconstituir em 4ml de Água Destilada. Converter a dose prescrita em ml e retirar a dose calculada.	EV (administração direta lenta)		Alterações da função hepática, perturbações gastrointestinais, tremores, trombocitopenia, alopecia, obesidade	Incompatível com a fenitoína e fenobarbital.
Amiodarona (Anti-arritmico)	150mg/3ml	Diluir em D _x 5% consoante prescrição médica.	EV Dose de impregnação durante 30 a 60 minutos. Dose de manutenção em perfusão contínua	Temperatura ambiente: 24h após a diluição	Alterações da função tiroideia, hepatotoxicidade, perturbações gastrointestinais, bradicardia.	A impregnação deve ser administrada com monitorização de ECG e TA.
Amoxicilina + Ac. Clavulânico (Antibiótico – Betalactamico)	2000mg+200mg	Reconstituir em 20ml de água destilada. Converter a dose prescrita em ml e retirar a dose calculada.	EV (administração direta lenta)	Temperatura ambiente: 20 minutos após reconstituição	Anafilaxia, Eritema, Rash cutâneo.	
Ampicilina (Antibiótico – Betalactamico)	250mg Ou 500mg	Reconstituir o conteúdo do frasco em Água Destilada. NaCl 0,9%, D _x 5% ou D _x 10% na proporção de 1:1. Converter a dose prescrita em ml e retirar a dose calculada.	EV (até aos 500mg é infusão direta) Perfusão de 10 a 15 minutos após reconstituição	Temperatura ambiente: 1h após reconstituição	Perturbações gastrointestinais.	
Benzilpenicilina Benzatínica (Antibiótico – Betalactamico)	1200000UI	Reconstituir em 4ml de Água Destilada.	IM		Anafilaxia, hipotensão, síncope, palidez, rabdomiolise, perturbações gastrointestinais, reação de Jarish-Herxheimer.	
Cefazolina (Antibiótico – Betalactamico; Cefalosporina de 1ª geração)	1000mg	Reconstituir o conteúdo do frasco em Água Destilada. NaCl 0,9%, D _x 5% ou D _x 10% na proporção de 1:1. Converter a dose prescrita em ml e retirar a dose calculada.	EV (administração direta lenta)	Temperatura ambiente: 24h Frigorífico: 10 dias	Eruções cutâneas, síndrome Stevens-Johnson, Perturbações gastrointestinais, candidíase oral, eosinofilia, leucopenia, neutropenia, trombocitopenia, insuficiência renal.	

Cefotaxima (Antibiótico – Betaactâmico; Cefalosporina de 3ª geração)	1000mg	Reconstituir o conteúdo do frasco em Água Destilada, NaCl 0,9%, D _x 5% ou D _x 10% na proporção de 1:1. Converter a dose prescrita em ml e retirar a dose calculada.	EV (administração direta lenta)	Temperatura ambiente: 24h Frigorífico: 5 dias	Perturbações gastrointestinais, eosinofilia, agranulocitose, trombocitopenia.	
Cefoxitina (Antibiótico – Betaactâmico; Cefalosporina de 2ª geração)	1000mg	Reconstituir o conteúdo do frasco em Água Destilada na proporção de 1:1. Converter a dose prescrita em ml e retirar a dose calculada.	EV (administração direta lenta)	Temperatura ambiente: 24h Frigorífico: 7 dias	Diarreia	
Ceftriaxona (Antibiótico – Betaactâmico; Cefalosporina de 3ª geração)	1000mg	Reconstituir o conteúdo do frasco em Água Destilada, NaCl 0,9%, D _x 5% ou D _x 10% na proporção de 1:1. Converter a dose prescrita em ml e retirar a dose calculada.	EV (administração direta lenta) IM (reconstituir 1000mg em 3,5ml de cloreto de lidocaína 1%)	Temperatura ambiente: 3 dias Frigorífico: 10 dias	Perturbações gastrointestinais, eosinofilia, agranulocitose, trombocitopenia.	Proteger da Luz!
Cefuroxima (Antibiótico – Betaactâmico; Cefalosporina de 2ª geração)	750mg	Reconstituir o conteúdo do frasco em Água Destilada na proporção de 1:1. Converter a dose prescrita em ml e retirar a dose calculada.	EV (administração direta lenta)	Temperatura ambiente: 24h Frigorífico: 48h	Perturbações gastrointestinais, exantema, eosinofilia, diminuição da hemoglobina e hematócrito.	Proteger da Luz!
Cetorolac (Analgésico, anti-inflamatório não esteróide)	10mg/ml Ou 30mg/ml	Converter a dose prescrita em ml e retirar a dose calculada.	EV (administração direta lenta)		Perturbações gastrointestinais, hemorragia gastrointestinal, broncospasmo, Síndrome de Stevens-Johnson.	
Fenitoína (Antiepiléptico)	250mg/5ml	Diluir apenas em NaCl 0,9% de acordo com a prescrição médica.	EV Dose de impregnação durante 30 min. Dose de manutenção administração direta lenta		Necrose no local da injeção. Convulsões se doses elevadas. Terapêutica prolongada: anêmias, hipotensão, nistagmo.	Não administrar por via IM! Durante a administração por via EV, monitorizar TA e ECG.
Fenobarbital (Antiepiléptico)	200mg/2ml	Diluir apenas em NaCl 0,9%, D _x 5% ou D _x 10% de acordo com a prescrição médica	EV (administração direta lenta)	Temperatura ambiente: 30min	Broncospasmo, depressão respiratória (com concentrações acima de 60mg/ml), hipotensão, laringospasmo e sedação (se concentrações acima de 40mg/ml)	Proteger da Luz!
Flucloxacilina (Antibiótico – Betaactâmico)	500mg	Reconstituir o conteúdo do frasco em Água Destilada ou NaCl 0,9% na proporção de 1:2. Converter a dose prescrita em ml e retirar a dose calculada.	EV (administração direta lenta)	Temperatura ambiente: 24h	Rash, urticária, perturbações gastrointestinais, hepatite coléstaica.	Proteger da Luz!
Gentamicina	80mg/2ml	Converter a dose prescrita em ml e retirar a dose calculada. Diluir em 50 a 100ml de NaCl 0,9%.	EV (em perfusão de 30min)	Temperatura ambiente: 24h	Ototoxicidade, Nefrotoxicidade.	Pico: 30 minutos após o final da administração e é feito o 1º

APÊNDICE XIX – Reflexão: “Capacitação dos pais na administração de
terapêutica inalatória”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular Estágio Final e Relatório

REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA

**“Capacitar os pais na administração da terapêutica
inalatória”**

Elaborado por: Selma Gaio

E.E. Mestrado em Enfermagem, Especialização Saúde Infantil e Pediátrica

Sob Orientação: Prof^ª. Dra. Elisabete Nunes

Enf^ª. Mestre XXXXXXXXXX

Lisboa, Dezembro de 2020

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, que se encontra inserida no 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer na Escola de Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, realizei estágio no Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital ██████████

Como um dos meus objetivos específicos para este ensino clínico era “Prestar cuidados à criança/família em situação de especial complexidade em contexto de urgência pediátrica” senti necessidade de refletir sobre a capacitação dos pais na administração da terapêutica inalatória, pois antes da pandemia da COVID-19 o tratamento era através de aerossolterapia administrado pela equipa de enfermagem e neste momento são os pais que administram esta terapêutica durante o episódio de urgência.

Durante o meu percurso no Serviço de Urgência Pediátrica deparei-me diversas vezes com a inclusão dos pais nos cuidados por parte dos enfermeiros, mas será que muitas vezes é feito da melhor maneira? Não irei refletir de uma situação em específico, mas irei fazer uma análise crítico-reflexiva do trabalho e adaptação dos enfermeiros nesta nova fase.

Esta reflexão foi realizada com base no referencial Ciclo de Gibbs, dado que se trata de um referencial de utilização simples e direcionado para o futuro, de forma a permitir planear situações semelhantes (Gibbs, 2013). Este referencial é composto por várias fases: descrição da situação, exposição dos sentimentos e pensamentos referentes à situação, avaliação, análise e conclusão (Gibbs, 2013). O rumo nesta análise deverá promover uma reflexão de melhoria da prática (Gibbs, 2013).

1º PASSO: DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

A situação que passo a relatar não é um acontecimento específico, mas a minha experiência na urgência pediátrica durante a pandemia da COVID-19.

A pandemia da COVID-19 começou a surgir em Portugal no início de março e cada hospital foi tomando medidas, reajustando e melhorando-as. Na Urgência Pediátrica do Hospital ██████████ foi inevitável a sua readaptação de forma a responder às exigências face à pandemia atual. Desta forma foram criados dois circuitos de doentes, sendo que se a criança apresentasse febre, tosse ou dificuldade respiratória ou se tivesse

contacto com uma pessoa positiva de COVID-19 nos 14 dias antes da ida, iria para o circuito de doença respiratória.

Neste circuito deixou de existir a sala de aerossolterapia, sendo substituída por uma sala de enfermagem onde os profissionais executavam procedimentos técnicos ou capacitavam os pais para administração de medicação inalatória.

2º PASSO: SENTIMENTOS

No decorrer deste percurso vivenciei diferentes sentimentos que passo a descrever.

Por vezes quando me encontrava na unidade de cuidados especiais pediátricos (UCEP) e que recebíamos alguma criança com dificuldade respiratória, necessitando de internamento temporário, os pais já tinham administrado a primeira toma da medicação inalatória na urgência e quando teriam de administrar a segunda toma deparei-me algumas vezes com falhas de conhecimento na administração. Enquanto futura Enfermeira Especialista acaba por ser frustrante em saber que muitos pais não passam por ali, indo da urgência para o seu domicílio e talvez muitas vezes mal preparados para conseguirem administrar a terapêutica aos seus próprios filhos.

As mudanças são difíceis de implementar e muitas vezes para acontecerem é preciso formação específica dos profissionais de saúde, só assim é que iremos ter ganhos em saúde e cuidados de qualidade. Por isso, o meu foco ao longo do ensino clínico foi promover a reflexão na prestação de cuidados à criança e família.

3º PASSO: AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO

Relativamente a este assunto faço um balanço positivo, pois a meio do meu percurso formativo existiram duas sessões formativas sobre como administrar terapêutica inalatória à criança, a fisiologia do sistema respiratório e os ensinamentos aos pais, no qual foi uma mais valia em poder estar presente proporcionando-me adquirir competências nessa área e até transmitir esses conhecimentos na minha prática profissional, pois certos procedimentos eram descurados.

Após essas sessões observei grandes mudanças nos comportamentos dos pais, pois havia um à vontade no manuseamento da câmara expansora e na forma como seguravam os seus filhos e administravam a medicação, o que leva a perceber que a segurança dos profissionais era transmitida e que os ensinamentos eram realizados. Assim, os cuidados à

criança eram mais eficazes, proporcionando uma melhoria rápida do seu estado clínico e, por sua vez, seguros e com mais qualidade.

4º PASSO: ANÁLISE DA SITUAÇÃO

O cuidado especializado em crianças tem implícito o trabalhar com os pais, com comportamentos, atitudes, valores e crenças específicas de cada família, tornando esta, também, o centro do nosso plano de cuidados individualizado e personalizado, favorecendo mudanças no sentido ascendente. Por isso, cabe ao profissional de saúde estabelecer uma relação terapêutica com os pais através de uma parceria contínua e diária de cuidados, com vista ao desenvolvimento da criança.

Neste sentido, a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2005) define a família como: “(...) grupo de seres humanos (...) composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente (...)” (p. 171).

Hockenberry (2014) refere que não existe uma definição universal do conceito família, no entanto menciona que é o que cada pessoa considera ser. Esta refere que a dinâmica familiar pode interferir na criança, influenciando a sua saúde e bem-estar (Hockenberry, 2014). Assim, o enfermeiro ao prestar cuidados à criança está intimamente ligado com o cuidado à família (Hockenberry, 2014).

Para Anne Casey, prestar cuidados em contexto pediátrico só faz sentido com a participação dos pais, ou seja, a família é assumida como prestadora de cuidados à criança (Casey, 1993). Assim sendo, o Enfermeiro Especialista de saúde Infantil e Pediátrica tem o dever de prestar cuidados centrados na família, promovendo a parceria de cuidados valorizando as capacidades e necessidades dos pais. Para isso é imprescindível o enfermeiro investir na educação para a saúde dos pais e, assim, capacitá-los.

Para Hockenberry e Barrera (2014), os enfermeiros capacitam as famílias para responderem às necessidades da criança e da família, através de oportunidades de forma a mostrarem as suas habilidades e competências atuais e conquistarem novas. A Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (ICN, 2005) também apresenta um foco sobre capacidade parental.

No âmbito da parceria de cuidados, os enfermeiros devem incentivar a participação parental (Fisher et al. 2018). Assim sendo, o enfermeiro deve promover o empoderamento dos pais e, conseqüentemente, o envolvimento nos cuidados à criança (Fernandes, Toledo, Campos, & Vilelas, 2014; Merighi, Jesus, Santin, & Oliveira, 2011). E por isso devem

adotar uma perspectiva holística na abordagem aos pais respeitando as suas experiências e vivências no ato de cuidar (Zimmerman & Bauersach, 2012).

Para os pais é extremamente importante a comunicação do enfermeiro, sentirem que o mesmo tem tempo para eles (Van der Pal, Alpay, Van Steenbrugge, & Detmar, 2014). Portanto, de forma a melhorar o percurso de hospitalização e promover o envolvimento e participação dos pais é necessário investimento do enfermeiro no sentido de interagir com a família e desenvolver uma relação positiva (Silva et al., 2013; Zimmerman & Bauersach, 2012).

No âmbito dessa relação terapêutica, o enfermeiro deve promover e proporcionar a expressão de sentimentos, sejam eles positivos ou negativos, de ambas as partes (Fernandes et al., 2014). Fernandes et al. (2014) acrescentam ainda que é importante que os enfermeiros se conheçam e giram as suas emoções para assegurarem uma comunicação eficaz e uma prestação de cuidados de qualidade.

A construção da relação terapêutica com os profissionais de saúde, com a partilha de informação, uma comunicação eficaz, ligado à educação parental, será estimulada a participação dos pais (Fernandes et al., 2014). Essa participação não está só intimamente ligada aos cuidados prestados, mas também à tomada de decisão (Fernandes et al., 2014).

Assim sendo, os enfermeiros devem olhar para os pais como os principais cuidadores (Van der Pal et al., 2014). E para promover uma participação parental, as intervenções de enfermagem são indispensáveis à prestação de cuidados de qualidade às crianças hospitalizadas (Van der Pal et al., 2014).

No “Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização” salientam a responsabilidade de envolver os pais, tanto nos cuidados como na tomada de decisão, atendendo as suas necessidades e desejos (Nelas et al., 2015).

Relativamente à educação parental, este guia salienta a importância de o enfermeiro conhecer as capacidades dos pais para compreenderem a informação transmitida, validando sempre a informação e prestando esclarecimentos sempre que necessário (Nelas et al., 2015). Nelas et al. (2015) expõem, também, a importância de se individualizar os cuidados à família, valorizando os conhecimentos e competências dos pais.

Em suma, é da responsabilidade do Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediátrica fomentar a adaptação dos pais, capacitando-os para que possam ser os melhores agentes do regime terapêutico da criança, pois estes são os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos (Nelas et al., 2015).

5º PASSO: CONCLUSÃO

Todas as experiências que vivenciamos proporcionam-nos a aquisição de conhecimentos. Só quando vivenciamos as situações é que conseguimos analisar retrospectivamente e adquirir estratégias de mudança.

A nossa reflexão é agente de mudança e isso permite uma melhoria contínua nos nossos cuidados proporcionando uma prática com mais qualidade. Assim, devemos olhar para a criança de uma forma singular e holística, mas também dar voz ativa aos pais, no processo de cuidar.

A evidência científica refere a importância de envolvermos a família no processo de cuidar e da tomada de decisão e, por isso, é essencial fomentar uma parceria de cuidados promovendo a capacitação e *empowerment* dos pais.

O enfermeiro pediátrico tem o dever de prestar cuidados à criança e família sempre com o objetivo de parceria de cuidados e como futura Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica tenho o dever de respeitar as suas singularidades e necessidades, apoiando e encorajando as potencialidades e competências da família.

6º PASSO: PLANO DE AÇÃO

Nesta situação, o plano de ação foi aplicado pelos profissionais daquele serviço e, na minha opinião, foi bem conseguido, pois percebeu-se uma evolução significativa nos cuidados.

Possivelmente, foi uma intervenção que poderia ter sido realizada mais cedo, sendo que a pandemia da COVID-19 surgiu em março e esta mudança apenas aconteceu em Dezembro, originando que durante esses meses muitas famílias regressassem a casa inseguras e com medos relativamente à administração da terapêutica inalatória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. London: Scutari.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L., & Vilelas, J. M. (2014). A emocionalidade no ato de cuidar de recém-nascidos prematuros e seus pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 45-60.

- Fisher, D., Khashu, M., Adama, E. A., Feeley, N., Garfield, C. F., Ireland, J., . . . van Teijlingen, E. (2018). Fathers in neonatal units: Improving infant health by supporting the baby-father bond and mother-father coparenting. *Journal of Neonatal Nursing*, 24(6), 306-312. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2018.08.007>
- Hockenberry, M. (2014). A Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds), Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 49-71). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds), Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Merighi, M. A., Jesus, M. C., Santin, K. R., & Oliveira, D. M. (2011). Caring for newborns in the presence of their parents: The experience of nurses in the neonatal intensive care unit. *Revista latino-americana de enfermagem.*, 19(6), 1398-404.
- Nelas, C., Melo, E., Reis, G., Apóstolo, J., Carvalho, L., & Silva, L. (2015). Guia orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. *Ordem dos Enfermeiros, série 1, nº 8*.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). CIPE Versão 1: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Switzerland, Geneva: International Council of Nurses. (versão oficial em português).
- Silva, C. C., Paula, G. R., Peixoto, M. K., Oliveira, N. E., Santos, L. F., & Oliveira, L. M. (2013). Nursing care to families of newborns in neonatal intensive care unit: An integrative review. *Ciência, cuidado e saúde*. doi:10.4025/cienccuidsaude.v12i4.2255
- Van der Pal, S. M., Alpay, L. L., Van Steenbrugge, G. J., & Detmar, S. B. (2014). An exploration of parents' experiences and empowerment in the care for preterm born children. *Journal of child & family studies*, 23, 1081–1089. doi:10.1007/s10826-013-9765-7
- Zimmerman, K. & Bauersach, C. (2012). Empowering NICU parents. *International journal of childbirth education*, 27(1), 50-53.