



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

**PROMOÇÃO DA SEGURANÇA NA MEDICAÇÃO EM
PEDIATRIA – CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA**

**PROMOTING SAFETY IN MEDICATION IN
PEDIATRICS – CONTRIBUTIONS OF THE SPECIALIST
NURSE**

Por Joana Filipa Ferreira Santos

Lisboa, 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

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

**PROMOÇÃO DA SEGURANÇA NA MEDICAÇÃO EM
PEDIATRIA – CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA**

**PROMOTING SAFETY IN MEDICATION IN
PEDIATRICS – CONTRIBUTIONS OF THE SPECIALIST
NURSE**

Por Joana Filipa Ferreira Santos

Sob a orientação de Professora Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, 2019

“Errar é humano, encobrir é indesculpável e não aprender com os erros é imperdoável”.

Sir Liam Donaldson

Agradecimentos

À Professora Doutora Margarida Lourenço, pela disponibilidade, orientação e exigência ao longo de todo o processo.

Às Senhoras Enfermeiras Orientadoras, que me acompanharam nos diferentes contextos, contribuindo de forma significativa para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos meus pais e avós, pelo incentivo, formação e educação ao longo da vida. Acima de tudo, pelo amor.

À minha querida irmã, que se encontra também a realizar o seu Mestrado, pelo incentivo, carinho, partilha de experiências e contributos com o Inglês.

A quem me acompanhou nesta etapa, pela amizade e por ter partilhado todo o percurso comigo, aligeirando o processo com a partilha de experiências e apoio constante.

Ao Tiago, por toda a paciência e horas de escuta. Pelo amparo nos momentos mais difíceis, e por não me ter deixado desistir.

Resumo

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa. Este documento corresponde ao culminar do percurso percorrido, pretendendo-se aqui a mobilização e reflexão crítica dos vários conhecimentos adquiridos durante este processo, resultantes da aprendizagem clínica e da investigação aplicada. Tem como objetivo apresentar os projetos e atividades desenvolvidas em cada contexto de estágio, identificando as competências desenvolvidas e adquiridas, no que diz respeito ao âmbito de atuação do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica.

Foram quatro os contextos de aprendizagem clínica, representativos das diferentes áreas da prática do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, sendo da sua competência promover o mais elevado estado de saúde possível, em crianças e jovens. Neste sentido, o Referencial Teórico que orientou todo o percurso foi o Modelo de Promoção da Saúde, proposto por Nola Pender. Especificamente, ao longo dos quatro contextos, houve a possibilidade de desenvolver atividades no âmbito da promoção da segurança na medicação ao doente em idade pediátrica, de acordo com as necessidades de cada local.

No estágio de **Cuidados de Saúde Primários**, após elaboração do diagnóstico de situação, foram realizadas três sessões de educação para a saúde, com diferentes público-alvo: “Afetos e Sexualidade na Adolescência – Métodos Contracetivos”; outra no âmbito do curso de preparação para o parto, sobre “Amamentação”; e a terceira, “Desenvolver a Brincar”, tendo para esta também sido elaborado um folheto informativo. No contexto de **Neonatologia**, surgiu a necessidade e possibilidade de elaboração de uma Orientação Técnica sobre a preparação e administração de Medicação, e numa fase posterior a construção de duas tabelas de consulta rápida: uma sobre a medicação mais utilizada e outra, sobre medicação de urgência. Com base na *Scoping Review* realizada no decorrer do Mestrado, foi também

realizada e apresentada uma sessão de formação dirigida à equipa multidisciplinar, apresentando as “Principais Estratégias para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria”. No **Internamento de Pediatria**, no âmbito da promoção da segurança na medicação, foi solicitada a realização de um guião de auditorias à equipa de enfermagem. Neste contexto foi ainda realizada e apresentada uma sessão de formação sobre estratégias para prevenir os erros de medicação em pediatria, reforçando a importância da dupla confirmação. Com o objetivo de resumir toda a informação, foi também realizado um cartaz informativo sobre a dupla confirmação. Finalmente, no estágio que decorreu em ambiente de **Urgência Pediátrica**, foi identificado como prioritário a elaboração de um documento, com fundamentação científica, que justificasse a aquisição de material específico para administrações entéricas. Ainda neste sentido, foi realizado um folheto informativo, para ser entregue aos pais/responsáveis.

A par com as atividades anteriormente mencionadas, todos os contextos permitiram a colaboração e a prestação de cuidados à criança/jovem e família, considerando que as diversas atividades desenvolvidas foram fundamentais para a aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito do grau de Mestre com especialização em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Erro de Medicação, Promoção da Saúde, Medicação, Segurança, EESIP.

Abstract

The present report is part of the Master's in Nursing with Specialization in Nursing of Children's' Health and Pediatrics, from *Católica Portuguese University*. This document is a result of the entire course; therefore, it is intended to make a critical reflection about the wide different range of knowledges acquired during this process, which result from the clinical learning and applied investigation. Its objective is to present the developed projects and activities, considering each background of clinical learning and identifying the competences which were developed and acquired in terms of the work of the Nurse Specialized in Children's' Health and Pediatrics.

There were four different backgrounds of clinical learning, and those represent the different practical areas of the Specialist Nurse in Children's Health and Pediatrics, being his/her main competence to provide the best health level, both in children and youngsters. Therefore, the Theoretical Reference that oriented the entire process was the *Health Promotion Model*, proposed by Nola Pender. In a most specific way, throughout the four contexts it was possible to develop activities concerning the promotion of safety in medicating the patient in pediatric age, having in mind the needs of each location.

In the **Primary Health Care** internship, after the elaboration of the situation diagnosis, three sessions of health education were made, with different targets: the first, "Affections and Sexuality in Adolescence - Contraceptive Methods"; other within the scope of course preparation for labor, about "Breast Feeding"; and the third, "Developing While Playing". For this one, an informative flyer was created. In the context of **Neonatology**, it arose the need and possibility to develop a Technical Orientation about Medication Preparation and Administration, and, in a later phase, the creation of two tables for quick reference: one about the most used medication and the other about urgent medication. Based on the *Scoping Review* made during the Master Course, it was also made and presented a training session

directed to the multidisciplinary team, presenting the “Main Strategies to Prevent the Medication Mistakes in Pediatrics”. In **Pediatric Service**, within the scope of the promotion of safety in medication, the creation of a guide for application in nursing teams’ auditions was required. In this context, a training session about "Strategies to Prevent Medication Mistakes in Pediatrics" was also made and presented, to reinforce the importance of double confirmation. With the main purpose of summarizing all the information, an informative poster about double confirmation was also created. Finally, during the internship in the **Pediatric Urgency**, it was identified as a priority creating a document, with scientific grounds, that justified the acquisition of specific material for enteric administration. Still in this basis, an informative flyer was made, to be delivered to parents/responsibles.

According to the activities previously mentioned, all of the context allowed the collaboration and provision of care to the children/youngsters and the family, and therefore we consider the range of developed activities was fundamental to the acquisition and development of competencies within the scope of the Master’s Degree with Specialization in Nursing of Children's Health and Pediatrics.

KEY-WORDS: Health Promotion, Medication, Medication error, Nursing, Safety, Specialization in Nursing of Children’s Health and Pediatrics.

Lista de abreviaturas e siglas

ARS LVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Ab – Abstract

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CDP - Centro de Diagnóstico Pneumológico

DGS - Direção-Geral de Saúde

EESIP - Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

ELI - Equipa Local de Intervenção

EMSA - European Medical Students Association

IPI – Intervenção Precoce na Infância

JBI - Joanna Briggs Institute

LASA - Look-Alike/Sound-Alike

MPS – Modelo de Promoção de Saúde

NP – Número de Processo

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIIP - Plano Individual de Intervenção Precoce

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

SNIFI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUP – Serviço de Urgência pediátrica

TX- Texto

UC – Unidade Curricular

UCC - Unidades de Cuidados na comunidade

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

Índice

0. INTRODUÇÃO	21
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1.1. <i>Scoping Review</i>	25
1.1.1 Introdução	26
1.1.2 Metodologia.....	27
1.1.3 Resultados.....	29
1.1.4 Discussão dos Resultados.....	30
1.1.5 Conclusões.....	35
1.1.6 Implicações Para a Investigação.....	35
1.1.7 Implicações Para a Prática.....	36
1.1.8 Considerações Finais	36
1.2 Enfermeiros Promotores de Saúde.....	37
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO CONTEXTO FORMATIVO	43
2.1 A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica.....	43
2.1.1 Cuidados de Saúde Primários	43
2.2 Estágio Final e Relatório	56
2.2.1 Neonatologia.....	56
2.2.2 Internamento de Pediatria.....	62
2.2.3 Urgência Pediátrica.....	68
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	83

Anexo I – Folheto da DGS “Extração e Conservação de Leite Materno”	85
Anexo II - Folheto da DGS “Amamentação – Como resolver pequenos problemas”	89
APÊNDICES	93
Apêndice I – Poster “Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria: Scoping Review” e Certificado de presença no 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”	95
Apêndice II – Apresentação de Poster em Sala “Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria: Scoping Review” e Certificado de presença nas I Jornadas da Sociedade Pediátrica da Qualidade e Segurança do Doente	99
Apêndice III – Resumo dos Estudos da Amostra – <i>Scoping Review</i>	105
Apêndice IV – Estratégias para prevenir os erros de medicação em pediatria – <i>Scoping Review</i>	119
Apêndice V – Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs – Consulta Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil	99
Apêndice VI - Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs – SNIPI.....	133
Apêndice VII - Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs – Dia Mundial da Criança	143
Apêndice VIII – Sessão de Educação para a Saúde “Afetos e Sexualidade na Adolescência – Métodos Contracetivos”	153
Apêndice IX – Plano da Sessão de Educação para a Saúde “Afetos e Sexualidade na Adolescência – Métodos Contracetivos”	165
Apêndice X – Questionário de avaliação da Sessão de Educação para a Saúde “Afetos e Sexualidade na Adolescência – Métodos Contracetivos”	171
Apêndice XI – Tratamento de dados da Sessão de Educação para a Saúde “Afetos e Sexualidade na Adolescência – Métodos Contracetivos”	175
Apêndice XII – Sessão de Educação para a Saúde “Amamentação”	185
Apêndice XIII – Plano da Sessão de Educação para a Saúde “Amamentação”	207
Apêndice XIV – Questionário de avaliação da Sessão de Educação para a Saúde “Amamentação”	213
Apêndice XV – Tratamento de dados da Sessão de Educação para a Saúde “Amamentação”	217
Apêndice XVI – Sessão de Educação para a Saúde “Desenvolver a Brincar”	227

Apêndice XVII – Plano da Sessão de Educação para a Saúde “Desenvolver a Brincar”	249
Apêndice XVIII – Folheto informativo “Desenvolver a Brincar”	255
Apêndice XIX – Questionário de avaliação da Sessão de Educação para a Saúde “Desenvolver a Brincar”	259
Apêndice XX – Tratamento de dados da Sessão de Educação para a Saúde “Desenvolver a Brincar”	263
Apêndice XXI - Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs – Prestação de Cuidados na UCERN	273
Apêndice XXII – Guião de entrevista à Sr.^a Enfermeira Coordenadora do gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente	285
Apêndice XXIII – Transcrição e tratamento dos dados da entrevista à Sr.^a Enfermeira Coordenadora do gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente	289
Apêndice XXIV – Orientação Técnica “Preparação e Administração de Medicação no Departamento de Pediatria”	299
Apêndice XXV – Tabelas com medicação mais utilizada, e de urgência, da UCERN	313
Apêndice XXVI - Plano da Sessão de Formação “Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria”	327
Apêndice XXVII – Sessão de Formação “Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria”	333
Apêndice XXVIII - Tratamento de dados da Sessão de Formação “Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria”	349
Apêndice XXIX – Guião de entrevista à Sr.^a Enfermeira Chefe Unidade Cuidados Intermédios Pediátricos	361
Apêndice XXX – Transcrição e tratamento dos dados da entrevista à Sr.^a Enfermeira Chefe Unidade Cuidados Intermédios Pediátricos	365
Apêndice XXXI – Guião de Auditoria à realização de Dupla Confirmação nas Etapas de Preparação e Administração de Medicação em Pediatria	371
Apêndice XXXII – Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs - Auditorias à Equipa de Enfermagem	385
Apêndice XXXIII – Plano da Sessão de Formação “Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria – Dupla Confirmação”	393

Apêndice XXXIV – Sessão de Formação “Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria – Dupla Confirmação”	399
Apêndice XXXV – Tratamento de dados da Sessão de Formação “Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria – Dupla Confirmação”	419
Apêndice XXXVI – Cartaz informativo “Dupla Confirmação na Preparação e Administração de Medicação em Pediatria”	431
Apêndice XXXVII – Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs - Família enquanto parceira de cuidados na Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos.....	435
Apêndice XXXVIII - Justificação para Aquisição de Material Entérico para o SUP	443
Apêndice XXXIX – Folheto informativo “Soro de Reidratação Oral”	453
Apêndice XL – Etiqueta para o copo do Soro de Reidratação Oral	457
Apêndice XLI – Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs - Estratégias de Comunicação no SUP	461

Índice de Figuras

Figura 1 – PRISMA de processo de seleção de artigos.....	29
Figura 2 - Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.....	39

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório incidiu sobre quatro contextos de aprendizagem clínica, representativos das diferentes áreas da prática do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP). Com base no Regulamento de Competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, este profissional trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...), com o objetivo de promover o mais elevado estado de saúde possível, prestando cuidados à criança saudável ou doente e proporcionando educação para a saúde, bem como identificando e mobilizando recursos de suporte à família/pessoa significativa (Regulamento nº422/12 de julho, 2018). Também os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem referem que “(...) é vasto o espaço de intervenção da enfermagem especializada em Saúde da Criança e do Jovem que pode atuar em qualquer contexto onde se encontrem crianças e jovens que necessitem dos nossos cuidados visando a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o auto cuidado.” (Regulamento nº351/22 de junho, 2015, p.16660). Neste sentido, foram desenvolvidas atividades, e prestados cuidados em ambiente de Cuidados de Saúde Primários, Internamento de Pediatria, Neonatologia e Serviço de Urgência Pediátrica.

Para tal, foi elaborado um Projeto de Estágio para cada um dos contextos anteriormente mencionados, com o propósito de estabelecer o diagnóstico e reconhecimento de situações de maior complexidade. Neste sentido, foi utilizada e mobilizada a metodologia de projeto, a qual, segundo Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência através de pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto, sendo composta por cinco etapas: 1-Diagnóstico de Situação; 2 - Definição de Objetivos; 3 - Planeamento; 4 - Execução e avaliação; 5 - Divulgação dos Resultados. Nos quatro Projetos de Estágio elaborados, foram abordadas inicialmente a primeira e segunda

etapas, tendo também sido apresentadas as estratégias para o planeamento e execução das atividades. Após a execução das mesmas procedeu-se, então, à sua avaliação, tendo em conta os objetivos específicos e, por último, a etapa de divulgação dos resultados toma lugar neste relatório.

A temática de eleição, que norteou todo o percurso, e que baseia a elaboração deste relatório, foi a Promoção da Segurança na Medicação em Pediatria, tendo como Referencial Teórico orientador o de Nola Pender, Modelo de Promoção da Saúde (MPS), proposto em 1982. O MPS surge como uma proposta de integrar a enfermagem à ciência do comportamento, consistindo numa tentativa de identificar os fatores biopsicossociais que influenciam comportamentos saudáveis e compreender todo processo que leva a pessoa a adotar esses mesmos comportamentos produtores de saúde.

A selecção da temática relacionada com a Promoção da Segurança na Medicação em Pediatria, deveu-se ao facto de esta ser uma área de interesse pessoal, mas também, por serem exercidas funções como enfermeira em contexto de neonatologia. Esta realidade, faz com que diariamente sejam percecionados os riscos inerentes à prestação de cuidados, sendo que a população pediátrica apresenta um conjunto de características que evidenciam as razões pelas quais se torna mais vulnerável e propícia à ocorrência de erros de medicação (The Joint Commission, 2008; Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala, 2016). Assim, surgiu a oportunidade de desenvolver esta temática, permitindo o crescimento profissional e pessoal, bem como o desenvolvimento e implementação de atividades que evidenciam o papel preponderante do EESIP nesta área, onde pode e deve marcar a diferença ao agir de forma autónoma.

Dentro dos três grandes grupos de competências específicas do EESIP, importa realçar a competência que refere “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (Regulamento nº422/12 de julho, 2018, p.19192), sendo que o respetivo descritivo menciona que “Considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.” (Regulamento nº422/12 de julho, 2018, p.19192).

Importa clarificar, que o contexto de aprendizagem clínica respeitante a Cuidados de Saúde Primários, decorreu numa primeira fase do percurso, enquadrado na Unidade Curricular (UC) *A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica*. De acordo com o plano de estudos do curso, este estágio correspondeu a um total de 300 horas de trabalho, no

período que decorreu de 30 de abril a 23 de junho de 2018. Para este estágio, foram estabelecidos como objetivos gerais: desenvolver competências na prestação de cuidados à criança e família, no âmbito dos cuidados de saúde primários, tendo em conta a promoção do desenvolvimento infantil; desenvolver competências, no âmbito da Promoção de Saúde, à criança e família, enquanto EESIP. Este primeiro estágio decorreu então em contexto comunitário, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). Optou-se especificamente por uma USF por ser uma realidade até então desconhecida, com ganhos em termos de organização de cuidados e de visão privilegiada do agregado familiar.

A segunda fase de aprendizagem clínica, desenvolveu-se em três contextos distintos, enquadrados na UC *Estágio Final e Relatório*. Esta UC teve um total de 750 horas de trabalho, no período de 3 de setembro a 19 de dezembro de 2018. Assim, os objetivos gerais, transversais a esta UC, foram: desenvolver competências enquanto EESIP, contribuindo para uma cultura de segurança dos cuidados; desenvolver competências, enquanto EESIP, na prestação de cuidados à criança/jovem e família, nos diferentes contextos da prática.

Estes três estágios, decorreram todos no mesmo hospital da área de Lisboa, sendo que o estágio de Neonatologia foi realizado em contexto de trabalho. O primeiro contexto de estágio, referente à Neonatologia, ocorreu numa Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN), de 3 de setembro a 5 de outubro de 2018, num total de 115 horas de duração. O segundo momento de aprendizagem clínica, relativo ao Internamento de Pediatria, teve lugar numa Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos de 8 de outubro a 16 de novembro de 2018, num total de 130 horas de duração. Finalmente, o contexto de Urgência Pediátrica, decorreu no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), do mesmo hospital, de 19 de novembro a 19 de dezembro de 2018, num total de 115 horas de duração.

O presente relatório terá assim início com um enquadramento teórico que engloba a exposição de uma *Scoping Review* sobre as Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria e um enquadramento do Referencial Teórico que norteou todo o percurso. Posteriormente serão descritas as principais atividades desenvolvidas em cada um dos contextos já mencionados, englobando uma reflexão crítica sobre as mesmas e sobre as competências adquiridas e desenvolvidas. Por último, terá lugar uma conclusão, da qual fará parte uma síntese reflexiva de todo o percurso, e os principais contributos deste processo. Aqui, também serão descritas as implicações para o desenvolvimento pessoal e profissional, bem como para a profissão e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

No final, encontram-se as referências bibliográficas, os anexos e os apêndices, com todas as atividades realizadas nos diversos campos de estágio.

Importa, por fim, referir que o presente relatório se encontra redigido segundo as normas da American Psychological Association (APA 6a edição, 2010) e, consideraram-se as regras do novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. *Scoping Review*

Como dimensão investigativa para este relatório foi realizada uma *Scoping Review*, com o propósito de mapear a evidência científica disponível sobre a temática em estudo.

Desta forma, a temática escolhida consiste num problema atual da prestação de cuidados em enfermagem, pretendendo-se com esta revisão apresentar estratégias que possam colmatar os erros de administração de medicação em pediatria. Assim, a elaboração desta revisão, tem como propósito uma avaliação preliminar da potencial quantidade e alcance da literatura disponível sobre o tema, permitindo assim identificar medidas que promovam a saúde, através de uma cultura de segurança na prestação de cuidados em pediatria.

Para a realização desta revisão, foi fundamental a transferência de conhecimentos adquiridos ao longo da Unidade Curricular de Métodos de Investigação I, permitindo assim a realização de uma *Scoping Review*. Segundo *Joanna Briggs Institute* (2014), a *Scoping Review* é considerada um tipo de revisão que permite mapear os principais conceitos subjacentes a uma área de pesquisa, com o objetivo de identificar o que já existe e onde estão as lacunas. Este tipo de revisão provê assim, orientação para uma revisão sistemática ou revisões subsequentes, podendo ajudar os revisores a identificar e a definir questões mais precisas e critérios de inclusão adequados. Assim, foi seguido o protocolo de revisão segundo a metodologia *Joanna Briggs Institute* (JBI).

Desta forma, o objetivo desta *Scoping Review* é mapear a evidência científica disponível relativamente às estratégias que são utilizadas para prevenir os erros de medicação em pediatria.

Importa mencionar que, tal como preconizado pela UC *Estágio Final e Relatório*, foi possível comunicar as conclusões, conhecimentos e raciocínios resultantes desta *Scoping Review*, através de um Poster e certificado de participação (Apêndice I), apresentado no I Seminário do Curso de Mestrado em Enfermagem, a 30 de novembro de 2018, no Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa. Também neste sentido, após submissão de resumo, foi aprovada esta *Scoping* para apresentação de Poster em Sala, nas I Jornadas da Sociedade Pediátrica da Qualidade e Segurança do Doente, a 14 de dezembro de 2018, o qual se encontra no Apêndice II juntamente com o certificado de participação.

1.1.1 Introdução

A segurança do doente tem sido considerada peça fundamental e prioritária nas organizações prestadoras de cuidados de saúde, desde a publicação do conceituado “To Err is Human” da autoria de Corrigan, Donaldson, Kohn, McKay e Pike em 1999.

Considerando-se segurança na medicação a “Ausência de lesão acidental durante o uso de medicação; atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem resultar do uso de medicamentos.” (Direção-Geral de Saúde, 2011 citando Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care, 2005, p.136), o método tradicional tem sido o de seguir os cinco “certos” para prevenir a ocorrência de erros sendo que, mais recentemente, foram sugeridos nove “certos” como medida preventiva: “Right patient; Right documentation; Right drug; Right action; Right route; Right form; Right time; Right response; Right dose” (Alomari, Wilson, Davidson e Lewis, 2015, p.2 citando Ellio e Liu, 2010). No entanto, a utilização destas medidas isoladamente, não tem sido suficiente.

É evidente que a ocorrência de erros na administração de medicação é uma realidade nos cuidados de saúde que não podemos ignorar, sendo de conhecimento geral que o erro “(...) não é resultado da ação de um indivíduo, mas de uma cadeia de eventos acionada por um sistema mal elaborado” (Belela, Pedreira e Peterlini, 2011, p.567).

Segundo a The Joint Commission (2008) os erros de medicação são considerados o tipo mais comum de erro médico. Considere-se erro de medicação “Qualquer evento evitável que pode causar ou conduzir ao uso inadequado de medicação ou dano para o doente enquanto a medicação está sob o controlo do profissional de saúde, doente ou consumidor. Tais eventos podem estar relacionados com a prática profissional, com produtos para cuidados de saúde, procedimentos e sistemas, incluindo prescrição, comunicação da prescrição; rotulagem do

produto, embalagem e nomenclatura; composição, dispensa, administração educação, monitorização e utilização.” (Direção-Geral de Saúde, 2011 citando Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care, 2005, p.114). Contudo, apesar dos riscos elevados de ocorrência de erros de medicação na população pediátrica, poucos estudos estimam a sua incidência nesta faixa etária (Belela, Pedreira e Peterlini, 2011).

É consensual que os erros de medicação têm o potencial de causar danos tanto na população pediátrica, como na adulta. Porém, a população pediátrica está mais exposta a estes erros devido a cálculos de dosagem baseados em peso, dosagem fracionada, e necessidade de pontos decimais (The Joint Commission, 2008; Koumpagioti, Varounis, Kletsiou, Nteli e Matziou, 2014; Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala, 2016). Os estudos alertam ainda para o facto de os erros de medicação, com potencial para causar dano, serem três vezes mais prováveis em doentes pediátricos hospitalizados do que em adultos (Kaushal *et al.*, 2001 citado por Koumpagioti, Varounis, Kletsiou, Nteli e Matziou, 2014; Belela, Pedreira e Peterlini, 2011).

1.1.2 Metodologia

Seguindo o protocolo de revisão segundo a metodologia JBI, a realização desta *Scoping Review* tem como objetivo rever que estratégias são utilizadas para prevenir os erros de medicação em pediatria, pelos profissionais de saúde. Desta forma, definiu-se a questão de revisão com base na classificação PCC (*Population; Concept; Context*) – “Quais as Estratégias utilizadas por profissionais de saúde, para prevenir os erros de medicação em Pediatria?”, sendo P – Estudos que incluam a criança até aos 18 anos de idade; C – Estudos que identifiquem estratégias utilizadas por profissionais de saúde para prevenir os erros de medicação; C – Estudos que incluam serviços de saúde onde seja administrada medicação. Como estratégia de pesquisa, numa primeira fase realizou-se uma pesquisa preliminar no repositório científico de acesso aberto de Portugal e no motor de pesquisa Google, para identificar a literatura cinzenta e seguidamente nas plataformas SciElo, Biblioteca do Conhecimento Online (b-on) e EBSCOhost que permitiram ajudar a identificar os descritores mais apropriados.

Para a realização da pesquisa foram utilizados descritores MeSH, e o termo “pediatric”, que embora não sendo um descritor é relevante nesta pesquisa. Para a equação de pesquisa

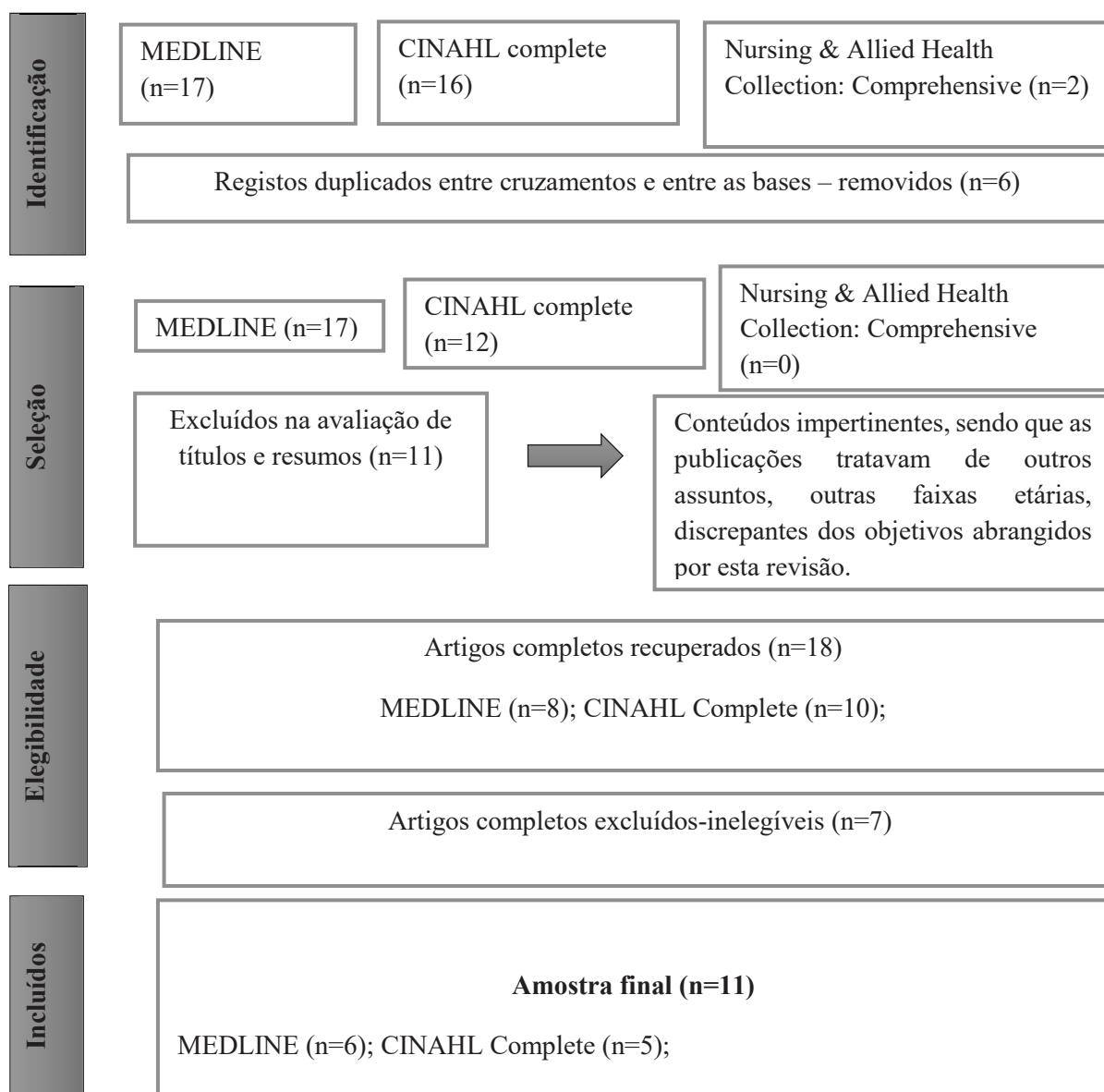
cruzaram-se os termos *medication errors* AND *pediatric*, pesquisando-os no *Abstract* (Ab), cruzando-os com *nurs** AND *intervention* no texto (TX).

Estabeleceram-se como critérios de inclusão, estudos que respondessem à questão de investigação, sem restrições quanto ao seu desenho, publicados nos últimos 5 anos (2013-2018), disponíveis em texto completo nos idiomas português e inglês, na plataforma EBSCOhost, nomeadamente nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e na Cochrane Database of Systematic Reviews.

Na seleção das publicações foram utilizados como critérios de exclusão a não presença das palavras-chave no Título ou no Abstract, tendo ainda sido critério eliminatório a repetição das publicações nas diferentes bases de dados, idiomas não selecionados e outras faixas etárias. Importa mencionar que esta pesquisa foi realizada no mês de setembro de 2018.

Assim, emergiram 35 estudos dos quais 6 estavam repetidos, ficando somente 29 estudos. Após leitura do título foi excluído 1 artigo, restando 28. Destes, foi lido o resumo, ficando apenas 18 artigos. Por fim após a leitura integral dos 18 artigos, 7 foram excluídos por não responderem de forma clara à questão. Desta forma, foram 11 os artigos analisados (Figura 1). Na base de dados Cochrane Database of Systematic Reviews não emergiu nenhum estudo.

Figura 1 – PRISMA de processo de seleção de artigos



1.1.3 Resultados

Dos 11 artigos analisados foi efetuado um resumo dos mesmos, sintetizando as ideias chave que respondiam à questão de revisão (Apêndice III). Importa referir que os estudos selecionados são maioritariamente de natureza qualitativa. Apenas um dos estudos (9%) é de 2017, sendo um estudo experimental, com o objetivo de orientar os enfermeiros passo a passo, desde a etapa de preparação até à administração de medicação. As categorias que mais se destacaram como estratégias para prevenir os erros de administração de medicação foram

a utilização do sistema de prescrição informático, a utilização do sistema de código de barras e a formação dos profissionais de saúde.

1.1.4 Discussão dos Resultados

A The Joint Commission apresenta um conjunto de características que evidenciam as razões pelas quais a população pediátrica se torna mais vulnerável e propícia à ocorrência de erros de medicação, nomeadamente: o facto de a maioria dos fármacos utilizados na prestação de cuidados a crianças ser formulada e embalada principalmente para adultos, levando à necessidade de alterar a dosagem original da medicação, e proceder a uma série de cálculos, aumentando assim significativamente a possibilidade de erro; a maioria das configurações de cuidados de saúde é construída principalmente em torno das necessidades dos adultos, sendo que muitos ambientes carecem de recursos humanos especializados em cuidados pediátricos, protocolos de cuidados pediátricos, e / ou materiais de referência pediátricos atualizados e de fácil acesso, especialmente no que se refere a medicamentos; as crianças - especialmente crianças pequenas e doentes - têm menos capacidade de tolerar fisiologicamente um erro de medicação devido à imaturidade das funções renais, imunológicas e hepáticas; e finalmente o facto de este ser um grupo populacional, principalmente as crianças mais pequenas, que não consegue comunicar de forma eficaz de forma a alertar quaisquer efeitos adversos que os medicamentos possam estar a causar (The Joint Commission, 2008). Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala (2016) corroboram com as razões apresentadas pela The Joint Commission e acrescentam ainda o facto de os sistemas de prescrição eletrónica serem programados para adultos e demonstrarem serem pouco eficazes na deteção de erros de medicação. Acrescentando dados a este conjunto de características propícias à ocorrência de erro, fontes confirmam que “Aproximadamente 75% dos medicamentos prescritos em pediatria não foram adequadamente estudados nesta população” (Belela, Pedreira e Peterlini, 2011, p.565). Os mesmos autores reforçam que a maioria dos fármacos de uso parental não são disponibilizados pela indústria farmacêutica com apresentação pediátrica. Assim, os profissionais de saúde vêm-se sujeitos a ter que realizar cálculos sofisticados, rediluição, manipulação excessiva e administração de doses muito fracionadas, o que predispõe à ocorrência de falhas (Belela, Pedreira e Peterlini, 2011).

Koumpagioti, Varounis, Kletsiou, Nteli e Matziou (2014) citam Kaushal *et al.* (2001) e

Miller, Robinson, Lubomski, Rinke e Pronovost (2007), dando conhecimento que a maioria dos erros de medicação em crianças ocorrem nas etapas de prescrição e administração de medicamentos. Belela, Pedreira e Peterlini (2011) citam Lesar, Mitchell e Sommo (2006), confirmando que é particularmente comum, e com elevado risco associado, a prescrição ou administração de uma dose dez vezes superior ou inferior à adequada para a idade e peso da criança. Este tipo de erro, compreende 15% de todos os erros de prescrição relacionados com a dose do medicamento (Hicks, Becker e Cousins, 2006 citados por Belela, Pedreira e Peterlini, 2011). Também Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015) citam Keers *et al.* (2013) e enfatizam que 26.9% dos erros em doentes pediátricos, estão associados à fase de administração de medicação.

Apesar das evidências, existe ainda uma grande falta de conhecimento sobre a real incidência desta problemática, maioritariamente devido à falta de definições padronizadas e à terminologia utilizada na literatura. Isto significa que, em muitos casos, os estudos são difíceis de comparar e são inconsistentes ao quantificar os resultados (Lisby, Nielsen, Brock, Mainz, 2010; Wong, Ghaleb, Franksin, Barber, 2004, citados por Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala, 2016). Esta falta de consenso, afeta inevitavelmente também a definição e identificação de estratégias para a prevenção dos erros de medicação, os quais ainda se baseiam em questões básicas, como a definição do conceito de erro de medicação, intervalo de dose e prioridade na implementação (bulletin of the iberoamerican group Systematic review on Patient safety, 2008, citado por Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala, 2016).

Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015) alertam para o facto de embora exista consenso sobre os fatores que contribuem para os erros, continuam a existir falhas na identificação de soluções sustentáveis para a prevenção dos erros de medicação, sendo que até ao momento as famílias têm sido descuradas como uma das potenciais soluções. Os fatores contribuintes identificados pelos autores foram: falhas de comunicação entre os pais das crianças e os profissionais de saúde; sobrecarga de trabalho dos enfermeiros; falta de adesão às políticas e *Guidelines* institucionais; interrupções; falta de experiência dos enfermeiros e formação insuficiente dada pela instituição aos enfermeiros (Alomari, Wilson, Davidson e Lewis, 2015). Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala (2016) reforçam, afirmando que a melhor forma de entender e prevenir os erros de medicação é considerar a sua etiologia e classificação, uma vez que existem múltiplos fatores na raiz do problema, nomeadamente a organização; procedimentos; condições de trabalho e fatores humanos relacionados aos profissionais de saúde.

Assim, é sugerido às organizações prestadoras de cuidados de saúde, como futuras soluções para prevenir os erros de medicação, terem em consideração os rácios de profissionais, o seu nível de competências, o stress e a carga de trabalho associada à prestação de cuidados (Alomari, Wilson, Davidson e Lewis, 2015). Campino, Santesteban, Pascual, Sordo, Arranz, Unceta e Lopez-de-Heredia (2015) corroboram, dizendo que é possível trabalhar sem erros, desde que o profissional de saúde tenha uma boa técnica de preparação de medicação e as condições ambientais não influenciem as suas competências.

Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015) reforçam ainda que as organizações devem implementar políticas e diretrizes adequadas, nomeadamente ao nível da formação e suporte educacional contínuo, bem como o acesso a tecnologia de apoio. Esta premissa é corroborada por Belela, Pedreira e Peterlini (2011) e por Volpato, Wegner, Gerhardt, Pedro, Cruz e Bandeira (2017) citando Wegner (2012) referindo que quando o profissional entende o que é um evento adverso, as suas causas e consequências, torna-se mais fácil admitir que o erro é possível e pode estar presente nos cuidados, sendo esta perceção o primeiro passo para a prevenção. Efetivamente a maioria dos artigos analisados nesta *Scoping*, enfatizam tanto a formação dos profissionais, como o recurso e a utilização de tecnologia de apoio, nomeadamente o sistema de prescrição informático e o sistema de código de barras, como estratégias a implementar com o objetivo de prevenir erros de medicação. Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala (2016) corroboram com este dado, alertando que o sistema de prescrição informático deve incluir suporte à decisão, informando claramente os pediatras sobre a disponibilidade de tais formulações e informações atualizadas sobre a utilização dos medicamentos (off-label ou autorizados). Porém, os mesmos autores avisam que um número excessivo de alertas leva a que, muitas vezes, notificações importantes sejam ignoradas pelos prescritores (Sijs, Aarts, Vulto e Berg, 2006; Jani, Barber, Wong, 2011, citados por Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala, 2016). Para evitar este problema os autores sugerem que várias tecnologias poderiam ser adicionadas aos sistemas de prescrição informático, nomeadamente o uso de bloqueios para transitar para a fase seguinte ou, melhor ainda, o uso de software que diferencia doentes adultos e pediátricos, e apenas notifica os prescritores de alertas relevantes para a faixa etária pretendida (Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala, 2016).

Embora os estudos em doentes pediátricos demonstrem taxas de redução de erros variadas, o sistema de prescrição informático foi considerado bem-sucedido, e agora é identificado como a principal estratégia para prevenir os erros na prescrição (Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala, 2016, citando Fortescue *et al.*, 2003, e Conroy *et al.*, 2007).

Ainda focando o recurso a tecnologias de apoio, também 6 dos artigos realçaram as vantagens na utilização de um Sistema de código de barras, nomeadamente na fase de administração de medicação. De facto, esta é a última etapa antes da medicação prescrita chegar ao doente, sendo que erros nesta fase são mais difíceis de identificar e intercepar (Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala, 2016). Desta forma, este sistema permite a identificação correta do doente e a verificação da prescrição antes da medicação ser administrada, prevenindo muitos dos erros mais comuns, como doente errado ou dose errada.

Apesar das vantagens comprovadas da utilização de novas tecnologias, uma das limitações, e principal falha identificada, é a falta de interação entre os vários dispositivos (Villamañán *et al.* 2013, citado por Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala, 2016). É essencial que o prontuário eletrónico, o sistema de prescrição informático, os programas de preparação de medicação na farmácia, os sistemas de código de barras e as bombas infusoras inteligentes estejam conectados em tempo real, através de interfaces, garantindo assim a segurança do doente durante todo o processo de administração de medicação (Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala, 2016).

Outra das estratégias identificadas, foi a inclusão de um farmacêutico nos serviços de pediatria ou, a preparação da medicação endovenosa no serviço de farmácia hospitalar. Esta recomendação foi abordada em 3 dos 11 artigos revistos. De facto, segundo Campino, Santesteban, Pascual, Sordo, Arranz, Unceta e Lopez-de-Heredia (2015), a preparação de medicação num serviço de farmácia hospitalar está associada a menor risco de erros de medicação e contaminação microbiológica, pois garante que os processos sejam realizados com altos padrões de segurança (áreas de trabalho limpas e dedicadas, equipamentos adequados, treino específico, diminuição das distrações, entre outros fatores). No entanto, os autores enfatizam o facto de nem todos os serviços de farmácia hospitalar terem capacidade para assumir esta responsabilidade. Assim, se a preparação de medicação for realizada no serviço de prestação de cuidados, a recomendação é que este deve ser um local que evite fluxos de ar, pouca luz e a circulação de profissionais deve ser unicamente para essa finalidade (Campino, Santesteban, Pascual, Sordo, Arranz, Unceta e Lopez-de-Heredia, 2015).

Maaskant *et al.* (2015) dividiram as estratégias para prevenir erros de medicação, em intervenções a nível organizacional e em intervenções profissionais. Assim, para os autores, a presença de um farmacêutico nos serviços, o sistema de prescrição informático e o sistema de administração de medicamentos com código de barras são intervenções que dependem da

estrutura organizacional. Já a dupla confirmação por exemplo, é categorizada como intervenção profissional (Maaskant *et al.*, 2015). Volpato, Wegner, Gerhardt, Pedro, Cruz e Bandeira (2017) corroboram com as estratégias identificadas, identificando no seu estudo, como principais estratégias de prevenção de erros de medicação, a implementação de sistema de prescrição eletrônica, uso de simulação clínica, a criação de protocolos para a manipulação de doses, e sistemas de notificação de eventos adversos.

Porém, Bannan e Tully (2016), realizaram uma revisão sistemática, onde alertam para o facto de não terem conseguido alcançar conclusões efetivas sobre as estratégias mais eficazes para reduzir os erros de medicação, visto que os estudos analisados eram de baixa qualidade, heterogêneos em termos de definições, metodologias e combinações de intervenções utilizadas, acrescentando ainda o facto de muitos estudos não explicarem as intervenções de forma detalhada. Os autores realçam a importância da compreensão das causas dos erros e as condições que levam à sua ocorrência, pois só assim é possível projetar intervenções mais eficazes. Maaskant, *et al* (2015), corroboram com os autores anteriormente mencionados, referindo que a evidência sobre as intervenções é limitada tanto em volume como em qualidade metodológica. Os autores reforçam a ideia referindo que, embora algumas intervenções descritas mostrem um decréscimo nos erros de medicação, os resultados não são conclusivos, e os benefícios para os doentes pediátricos também não são claros.

Neste sentido, e dada a importância e urgência de investigação experimental nesta temática, importa mencionar, que apenas 1 artigo dos 11 revistos, realizou um estudo experimental, com enfermeiros de um serviço de urgência pediátrica, onde foi implementada a utilização de uma aplicação para dispositivos móveis chamada *Pediatric Accurate Medication in Emergency Situations* (PedAMINES), com o objetivo de orientar os enfermeiros passo a passo, desde a etapa de preparação até à administração de medicação. Dentro da pesquisa realizada, este é o primeiro estudo a investigar o benefício de uma aplicação móvel para melhorar a preparação e administração de medicação. Com a utilização da PedAMINES os erros de medicação foram reduzidos de 70% para 0%, quando comparada com os métodos convencionais. Neste estudo baseado em simulação, os autores concluíram que a utilização da aplicação PedAMINES reduziu drasticamente o tempo de preparação e administração, bem como a taxa de erros de medicação (Siebert, J. *et al.*, 2017).

1.1.5 Conclusões

A literatura analisada permitiu identificar as principais estratégias recomendadas para prevenir os erros de medicação. No geral foram unânimes e não houve muita disparidade de medidas identificadas, o que facilitou o agrupamento em categorias para mais fácil compreensão dos resultados. No Apêndice IV, é possível visualizar com mais exatidão e objetividade estas estratégias, e quais as mais mencionadas.

A estratégia mais referenciada foi a utilização do sistema de prescrição informático (63,6%). De seguida, em 54,5% dos artigos (6), foi focada a utilização de um sistema código de barras, seguindo-se 5 artigos (45,4%) que mencionaram a importância da formação dos profissionais de saúde. A elaboração e cumprimento de protocolos hospitalares foi sugerida em 4 artigos (36,3%). A integração de farmacêuticos nos serviços de pediatria foi apontada como estratégia a utilizar em 3 artigos (27,2%). Também o sistema de notificação de eventos adversos e a dupla confirmação, foram mencionados em 2 dos 11 artigos (18,1%). As restantes estratégias relativas ao sistema de dose unitária e aplicação para dispositivos móveis, apenas foram mencionadas em 1 artigo cada uma (9%).

1.1.6 Implicações Para a Investigação

Conclui-se que existe consenso na comunidade científica sobre os fatores que contribuem para a existência de erros de medicação em doentes pediátricos, sendo perceptível que a política organizacional, das instituições prestadoras de cuidados de saúde, tem uma grande influência na implementação de estratégias. A análise dos estudos e da restante evidência consultada, demonstrou uma grande lacuna na identificação de estratégias de prevenção nas etapas de preparação e administração de medicação.

De facto, na maioria das pesquisas, o objeto de estudo centra-se na etapa de prescrição médica e consequente identificação de estratégias. É certo que é fundamental que existam estratégias em todas as etapas do processo de medicação, mas sendo a fase de preparação e administração as últimas antes de atingir o doente, é crucial a existência de mais estudos que permitam identificar estratégias específicas e com eficácia comprovada para estas etapas.

Considera-se, de extrema importância a realização de mais estudos experimentais, nomeadamente a nível nacional, que permitam identificar e comprovem a eficácia de estratégias sustentáveis, para que o erro de medicação deixe de ser uma realidade nos serviços de saúde pediátricos.

1.1.7 Implicações Para a Prática

Apesar de só ter sido identificado um estudo que foca a importância da participação dos pais/família como recursos na prevenção de erros de medicação, é unânime na literatura que os pais e a educação parental estão inerentes em todas as outras intervenções na área da pediatria. Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015) relembram que o envolvimento da família na prestação de cuidados complexos tem mostrado grande sucesso, com pais capazes de prestar cuidados a crianças com traqueostomias, colostomias, mudar pensos de cateteres centrais e manipulação de sistemas de nutrição parentérica. Também no processo de administração de medicação é fundamental a formação, não só de enfermeiros, médicos e farmacêuticos, mas principalmente das famílias, no desenvolvimento de práticas e abordagens centradas na criança, sendo este um passo vital para a inclusão dos pais na prestação de cuidados, garantindo-lhes autonomia e competências, com o objetivo de melhorar a cultura de segurança de medicamentos e prevenir os erros de medicação.

1.1.8 Considerações Finais

Com esta revisão, pretende-se reforçar a importância da intervenção dos EESIP, que têm obrigação de participar ativamente na identificação e implementação de novas estratégias, reavaliando constantemente a prática e estimulando a mudança de comportamentos, que permitam a Promoção da Saúde.

De reforçar também a importância de criação de protocolos nos serviços prestadores de cuidados a crianças, nomeadamente nas etapas de preparação e administração de medicação. São estas as etapas em que o enfermeiro desempenha o papel principal e, portanto, a criação destes protocolos tem como objetivo a uniformização dos cuidados, levando a que toda a equipa de enfermagem tenha a mesma linha orientadora de ação, quer em situações regulares, quer em situações de emergência.

1.2 Enfermeiros Promotores de Saúde

Como já mencionado anteriormente, através do recurso ao Regulamento de Competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, e aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, o EESIP trabalha em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto, sendo valorizado em ambos os referidos documentos, o objetivo de promover o mais elevado estado de saúde possível (Regulamento nº422/12 de julho, 2018), e a promoção da saúde (Regulamento nº351/22 de junho, 2015, p.16660). Desta forma, é evidente que o conceito de Promoção da Saúde, é considerado um pilar fundamental para a prática e exercício das competências do EESIP.

Também no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil vemos espelhada a valorização da promoção do desenvolvimento pessoal e da autodeterminação das crianças e dos jovens, com progressiva responsabilização pelas suas escolhas de saúde. Esta ação só é possível ser feita através de cuidados antecipatórios como fator de promoção de saúde e prevenção de doença, nomeadamente ao facultar os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, ao enfrentar os desafios em saúde (Ministério da Saúde, 2013).

Segundo a Carta de Ottawa (1986) promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controlo deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Neste sentido, a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como uma finalidade de vida. Assim, a Promoção da Saúde não é considerada responsabilidade exclusiva do sector da saúde, exigindo estilos de vida saudáveis para alcançar o bem-estar (Carta de Ottawa, 1986). Além da Carta de Ottawa, outras conferências internacionais de promoção da saúde (Adelaide, Sundsvall, Bogotá, Jacarta), levaram a que as atividades de promoção da saúde passassem a ser amplamente estimuladas, promovendo a utilização de habilidades e conhecimentos, e a adoção de estilos de vida saudáveis (Victor, Lopes e Ximenes, 2005). Os mesmos autores referem que desde então, a promoção da saúde passou a ser alvo de muitas das intervenções dos profissionais de saúde, sendo crescente a participação dos enfermeiros. Desta forma, importa para o presente relatório, desenvolver e aprofundar o MPS proposto por Nola Pender em 1982, o qual se baseia na otimização da saúde, e serviu como fundamento para todas as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso.

Este modelo surge como uma proposta de integrar a enfermagem à ciência do comportamento, tendo o intuito de retratar a natureza multidimensional da pessoa e a sua interação com o seu ambiente na procura de saúde (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

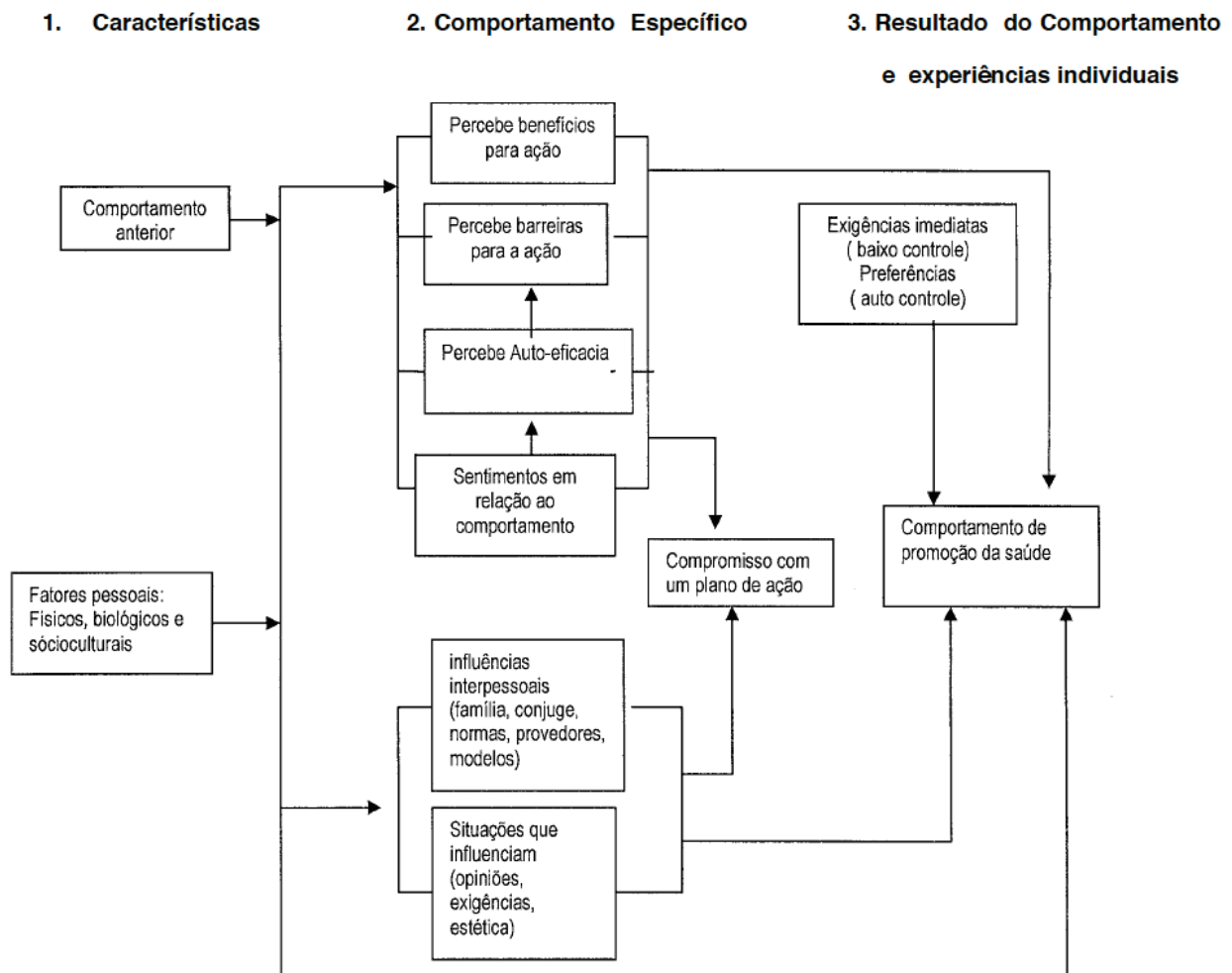
Baseia-se na otimização da saúde, caracterizando Promoção da Saúde como a capacidade que o indivíduo tem para alterar o comportamento, com o propósito de potenciar a sua saúde. Nomeadamente no âmbito da pediatria, este conceito passa pela promoção de iniciativas educativas e de apoio aos profissionais, pais/família, com a finalidade destes proporcionarem melhores cuidados à criança/jovem.

O MPS é centrado em três áreas específicas que se subdividem em variáveis que podem ser utilizadas pelos enfermeiros para fundamentar intervenções com o objetivo de promoção de saúde: 1 - características e experiências individuais; 2 - sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar; 3 – resultado do comportamento (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011) (Figura 2.).

Victor, Lopes e Ximenes (2005), desenvolvem e explicam cada uma das áreas do MPS, referindo que ao nível das **características e experiências individuais**, estas compreendem variáveis como o comportamento anterior, o comportamento que deve ser mudado e os fatores pessoais, que são divididos em fatores biológicos (idade, índice de massa corporal, agilidade), psicológicos (auto-estima, auto-motivação) e socioculturais (educação, nível socioeconómico). Ao nível dos **sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar**, os mesmos autores ressalvam que esta área é o núcleo central do diagrama (Figura 2.), sendo formado pelas variáveis: percebe benefícios para ação (representações mentais positivas, que reforçam as consequências de adotar um comportamento); percebe barreiras para ação (percepções negativas sobre um comportamento, sendo consideradas como dificuldades e custos pessoais); percebe auto-eficácia (julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar ações); sentimentos em relação ao comportamento (reflete uma reação emocional direta ou uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positivo, negativo, agradável ou desagradável); influências interpessoais (o comportamento pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, provedores de saúde, ou por normas e modelos sociais); influências situacionais (o ambiente pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde). Finalmente, a terceira área, **resultado do comportamento**, abrange o compromisso com o plano de ação (ações que possibilitem o indivíduo a manter-se no comportamento de promoção da saúde esperado, ou seja, as intervenções de enfermagem); exigências imediatas e preferências (as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto que as

preferências pessoais exercem um alto controle sob as ações de mudança de comportamento); comportamento de promoção da saúde (resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde) (Victor, Lopes e Ximenes, 2005).

Figura 2 – Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.



Fonte: Victor, Lopes e Ximenes (2005), pág. 237.

Para Pender, um comportamento de promoção de saúde consiste assim, “num fim ou resultado de ação orientado no sentido de obtenção de resultados de saúde positivos, tais como, o bem-estar ótimo, realização pessoal e existência produtiva” (Alligood e Tomey, 2004, p. 705). Os conceitos Metaparadigmáticos aparecem diluídos ao longo da obra de Pender. Segundo Pender, Murdaugh e Parsons (2011), o conceito saúde é visto sob os

aspectos individual, familiar e comunitário, na procura de capacidades e melhoria do bem-estar e não como ausência de doença. O ambiente deve ser visto como resultado das relações entre o indivíduo e o seu acesso aos recursos de saúde, sociais e económicos. Já o conceito de pessoa, é definido como aquela que é capaz de mudar os seus comportamentos de saúde, ao tomar decisões e resolver problemas. Por último, o conceito de enfermagem abrange as intervenções e estratégias que levam a pessoa a adotar um comportamento de promoção de saúde, sendo considerado que um dos principais papéis dos enfermeiros é o de estimular o autocuidado.

Importa para este relatório também deixar descritos os conceitos Metaparadigmáticos segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Assim, o conceito de saúde define-se pela satisfação das necessidades da criança/jovem nas diferentes etapas do desenvolvimento, passando pela potenciação do crescimento e/ou desenvolvimento nas diferentes idades, assim como adaptação às transições, normativas e/ou acidentais, através da otimização do estado de bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual. Já o conceito de pessoa é tido sob o binómio criança/jovem e família, em que a criança/jovem é toda a pessoa com menos de 18 anos de idade (expecto em situações de doença crónica, deficiência ou incapacidade, sendo os 21 anos a idade de referência, e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso). A família compreende o conjunto de indivíduos que têm responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem e que exercem forte influência no seu crescimento e desenvolvimento. Relativamente ao conceito de ambiente, considera-se aquele onde a criança/jovem vive e se desenvolve, proporcionando uma infinidade de estímulos. Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção, a promoção da autonomia, do mesmo modo que uma visão global da criança/jovem e das duas intrínsecas crenças e capacidades. O papel do EESIP é centrado na relação e na interdependência da criança/jovem com o ambiente, considerando os fatores protetores e stressores (Regulamento nº351/22 de junho, 2015).

Assim, enfatizando novamente o modelo de Nola Pender, o MPS surge como uma proposta de realização de intervenções de enfermagem no âmbito da promoção de saúde, em que os enfermeiros ajudam os clientes a terem comportamentos promotores de saúde, focando os benefícios do mesmo e ensinando estratégias para ultrapassar as dificuldades. Especificamente para as atividades desenvolvidas para este relatório, no âmbito da Promoção da Segurança na Medicação, o MPS surge como proposta de realização de intervenções de enfermagem no âmbito da promoção de saúde, em que a mudança de

comportamento é proposta aos próprios enfermeiros, havendo um enfoque central na área que retrata os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar. Neste sentido, os enfermeiros, ao perceberem os benefícios resultantes na mudança de determinados comportamentos, que podem aumentar os riscos de ocorrência de erros de medicação na população pediátrica, estão eles próprios a serem promotores de saúde, garantindo a prestação de cuidados de nível avançado, com segurança e competência, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível à criança/jovem e família.

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO CONTEXTO FORMATIVO

Neste segundo capítulo serão apresentadas as atividades desenvolvidas ao longo dos quatro estágios realizados. Por corresponderem a momentos de aprendizagem e de experiência distintos, irão ser expostos por subcapítulos.

Como já esclarecido anteriormente, os quatro momentos de aprendizagem clínica foram divididos em duas UC's, nomeadamente a UC *A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica*, que albergou o estágio em contexto de Cuidados Saúde Primários, e a UC *Estágio Final e Relatório*, na qual decorreram os estágios em contexto de Neonatologia, Internamento de Pediatria e Urgência Pediátrica.

Nesta sequência, os objetivos gerais traçados para as duas UC's não foram os mesmos, dada a especificidade de cada contexto, e neste sentido, serão apresentados em cada subcapítulo correspondente à UC. Ao longo do relatório, serão também abordados os objetivos específicos, que foram elaborados tendo em conta cada contexto, e os diagnósticos de situação estabelecidos.

2.1 A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica

2.1.1 Cuidados de Saúde Primários

O estágio em contexto de Cuidados de Saúde Primários, decorreu de 30 de abril a 23 de junho de 2018, numa USF da ARSLVT.

Tendo por base o Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho (2017), os cuidados de saúde primários são considerados um elemento central do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e assumem, numa perspetiva integrada e de articulação com outros serviços para a

continuidade de cuidados, funções que se destinam à promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados de saúde, e acompanhamento de qualidade e proximidade às populações. Neste contexto, optou-se especificamente por uma USF pela visão privilegiada que permite do agregado familiar. De forma a contextualizar, as USF são definidas no Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho (2017) como as “(...) unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C.” (Decreto-Lei n.º 73/2017, 2017, p.3132). O mesmo decreto define ainda que as USF têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.

De acordo com os dados que constam do sítio oficial da ARSLVT, este Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), à qual pertence a referida USF, abrange uma área geográfica de 1482,68 Km². Esta área contava, de acordo com os dados dos Censos 2011, com uma população residente de 244.377 indivíduos, dos quais cerca de 26% não têm médico de família. O referido ACES tem inscritos 225.600 utentes, e compreende as seguintes unidades funcionais: 8 USF; 22 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); 5 Unidades de Cuidados na comunidade (UCC); 1 Unidade de Saúde Pública (USP); 1 Unidade de Recursos Assistenciais partilhados (URAP); 1 Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP). A partir do portal do SNS, nomeadamente através do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), foi possível verificar que o total de inscritos na USF em questão é de 8.831 utentes. A percentagem de jovens inscritos corresponde a 26,23% e a população com idade superior a 65 anos é de 29,63%, sendo o índice de dependência total de 55,86%. A USF onde foi realizado o estágio, teve início de atividade em 2013, sendo uma unidade pertencente ao Modelo A. A equipa multidisciplinar é composta por 4 médicos, 4 internos de medicina geral e familiar, 5 enfermeiros e 5 secretários clínicos. A USF dispõe de consultas programadas médicas (Saúde de Adultos, Vigilância de grupos de risco – Hipertensos e Diabéticos, Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil, Vigilância em Planeamento Familiar e Saúde da Mulher e, Consulta médica domiciliária) e de enfermagem (Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil, Vigilância em Planeamento Familiar e Saúde da Mulher, Vigilância em Saúde Materna, Vigilância de grupos de risco, Tratamentos de Enfermagem, Vacinação, Ensinos e educação para a saúde, Consultas de enfermagem domiciliárias), e não programadas. Esta USF serve a população residente em quatro

freguesias, cujo volume de população residente é de 13,391 pessoas, de acordo com os Censos 2011.

Conforme referido no guia orientador desta UC, este estágio apresentava como objetivos: reconhecer problemas de especial complexidade na área de assistência à criança e família; escolher métodos de recolha e análise informação sobre os problemas detetados; formular diagnósticos e analisar criticamente os resultados encontrados; identificar as prioridades de intervenção, particularmente as relacionadas com o desenvolvimento da criança e desempenho de papéis parentais; participar na organização e gestão dos serviços, reconhecendo a importância do trabalho em equipa; comunicar as suas conclusões e os raciocínios que as fundamentam. Assim, tendo em consideração os objetivos do estágio, o método utilizado para identificação do diagnóstico de situação foi a entrevista não-estruturada às enfermeiras da USF, nomeadamente à Sr.^a Enfermeira Orientadora, por ser considerada o elemento com maior competência para identificar as necessidades da população e da instituição de saúde.

A etapa do diagnóstico de situação, corresponde, segundo Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), ao conhecimento, caracterização e análise de uma realidade. Ainda segundo as autoras, esta etapa deve corresponder à identificação das necessidades de saúde da população, na perspectiva de desenvolver estratégias e ações que permitam dar resposta às mesmas, aproveitando os recursos disponíveis de forma a fomentar o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde e equipa multidisciplinar e promover a capacidade, motivação e autonomia da população. Ruivo, Ferrito e Nunes (2010) alertam para o facto de o diagnóstico de situação ser dinâmico, ou seja, a caracterização da situação é contínua, permanente e com atualizações constantes, tendo sempre em conta as alterações da realidade.

Como tem vindo a ser mencionado, a temática central que orientou a realização deste relatório é a Promoção da Segurança na Medicação, tendo esta escolha sido partilhada com a Sr.^a Enfermeira Orientadora. No entanto, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente ao nível da consulta de Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil, e especificamente nesta USF, a Sr.^a Enfermeira Orientadora referiu que não é preparada e/ou administrada medicação à criança/jovem, à exceção do contexto da vacinação, considerando que não seria necessário desenvolver nenhuma atividade nesta área, no entanto, não se opunha à sugestão de melhorias.

Por esta razão, os objetivos gerais não contemplaram a Promoção da Segurança na Medicação, no entanto, foi delineado um objetivo específico para esta temática, com o propósito de espelhar as atividades desenvolvidas ao longo do estágio. Assim, e de acordo

com o diagnóstico de situação, os objetivos gerais delineados para este estágio foram: *desenvolver competências na prestação de cuidados à criança e família, no âmbito dos cuidados de saúde primários, tendo em conta a promoção do desenvolvimento infantil; desenvolver competências, no âmbito da Promoção de Saúde, à criança e família, enquanto EESIP.*

Foi considerado pertinente a introdução de um objetivo geral relacionado com a promoção do desenvolvimento infantil, por este ser, também, um dos pilares que orientam a prática do EESIP, e por intimamente se encontrar relacionado com a Promoção da Saúde.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o crescimento e o desenvolvimento infantil são indicadores do bem-estar global da criança, e são um importante determinante de saúde ao longo da vida. Todas as crianças têm direito a um desenvolvimento equilibrado e adequado (Ordem Enfermeiros, 2010b). Assim, é da competência do enfermeiro a avaliação do estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de Enfermagem. (Ordem Enfermeiros, 2010b).

Neste sentido, os objetivos específicos traçados para atingir durante este estágio foram: colaborar na prestação de cuidados à criança e família nas consultas de enfermagem em saúde infantil e juvenil tendo em conta a promoção do desenvolvimento infantil; conhecer a dinâmica de parceria de cuidados entre a USF e a UCC; contribuir para a Promoção da Segurança na Medicação, na prestação de cuidados de enfermagem a utentes em idade pediátrica; colaborar com a equipa de enfermagem para atingir os objetivos do plano de ação da USF.

Em relação ao primeiro objetivo específico delineado, este compreendeu a integração nas consultas de Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil, prestando cuidados de maior complexidade à criança/jovem/família. As consultas eram marcadas nas idades-chave preconizadas pelo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) mas também eram marcadas muitas consultas oportunistas, consoante a necessidade e especificidade de cada situação. Por exemplo, se uma criança não cumprisse determinado indicador, e isso constituísse um sinal de alerta para o enfermeiro, era marcada nova consulta com um intervalo de tempo mais curto. De forma a dar resposta a este objetivo, numa primeira fase foi realizada observação da atuação da equipa de enfermagem na realização de consultas de enfermagem de saúde infantil, sendo que, nas restantes semanas a realização destas consultas foi executada de uma forma mais autónoma, sempre com supervisão da Sr.^a Enfermeira Orientadora, de acordo com os padrões e orientações da Direção-Geral de Saúde (DGS),

permitindo assim a transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.

Nestas consultas, consoante cada faixa etária, e cumprindo sempre as orientações do PNSIJ, eram essencialmente avaliados o crescimento, e o desenvolvimento infantil; estimulavam-se comportamentos promotores de saúde como a alimentação equilibrada, a prática de exercício físico, o brincar; era sempre verificado se o Programa Nacional de Vacinação (PNV) era cumprido, e quando fosse o caso, era atualizado; promovia-se a saúde oral e a prevenção de acidentes, e detetava-se se existia o risco de saúde mental afetada. De modo a avaliar de que forma este objetivo contribuiu para o desenvolvimento pessoal e profissional, foi realizada uma reflexão acerca de uma situação particular experienciada no decorrer de uma consulta (ver Apêndice V).

Através da realização das consultas, foi possível observar determinados comportamentos por parte das crianças/jovens e famílias passíveis de serem modificados, com o objetivo de Promoção da Saúde. Assim, no decorrer das consultas foi sempre tido em consideração as características e experiências individuais de cada criança/jovem e família, bem como os sentimentos e conhecimentos que detinham sobre este comportamento. Através do acompanhamento realizado a determinada criança/jovem e família, foi possível aplicar o MPS de Pender, verificando-se ganhos efetivos em saúde através da mudança de comportamentos. O facto de o estágio ter decorrido numa USF privilegiou este tipo de atividade, permitindo não só uma visão geral de todo o agregado familiar, mas também a constatação em como o estímulo, para a mudança de comportamento, incitado em determinado elemento da família, pode influenciar os restantes, nomeadamente as crianças/jovens, permitindo ganhos efetivos em saúde. Um exemplo observado no decorrer deste estágio, ocorreu numa consulta de Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil, onde foi possível identificar distúrbios alimentares numa criança de 5 anos, cujos percentis se encontravam acima do padronizado. O facto de a Sr.^a Enfermeira Orientadora ser a enfermeira desta família e conhecer os seus restantes elementos (os quais também apresentavam excesso de peso), permitiu identificar quais os comportamentos de risco que contribuíam para este facto. No decorrer da consulta, a mãe da criança percebeu que a mudança de hábitos alimentares iria influenciar de forma positiva a sua família. Neste sentido, aceitou a proposta de implementação de um novo plano alimentar e introdução de prática de exercício físico. No entanto, considerava que uma das barreiras para a ação era o pai da criança mostrar-se renitente à mudança. Para tal, o marido da Sr.^a F., foi convocado à USF, de forma a ser realizado o ensino e explicados os benefícios para a mudança de

comportamento. Assim, toda a família se comprometeu com o plano de ação estabelecido, verificando-se em consultas posteriores a mudança de comportamento e os ganhos com o mesmo, nomeadamente a perda de peso e o início da prática de exercício físico. Este primeiro objetivo específico, permitiu assim, dar resposta aos dois objetivos gerais delineados.

Relativamente ao segundo objetivo específico, este foi estabelecido pela oportunidade de realizar estágio numa USF, com todas as vantagens já mencionadas, que se encontra a funcionar no mesmo edifício da UCC, sendo comum a colaboração entre ambas as equipas. Desta forma, e com o sentido de desenvolvimento pessoal e profissional, foi usufruída a oportunidade de colaboração e participação em determinadas actividades. Nomeadamente, o acompanhamento da Sr.^a Enfermeira responsável pela intervenção precoce na UCC, a reuniões escolares, para observação da realização de um Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), integrado no Sistema Nacional de intervenção Precoce na Infância (SNIPI). Houve então a oportunidade de participação, com a Sr.^a Enfermeira, em duas reuniões escolares, em momentos distintos e, com planos de intervenção destinados a diferentes crianças. Também no decorrer do estágio na USF, foi possível a realização de consultas de Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil a crianças referenciadas e que se encontravam integradas no SNIPI, observando-se posteriormente a partilha de informações e avaliações entre ambas as enfermeiras, da USF e da UCC. Assim, o acompanhamento da Sr.^a Enfermeira às reuniões da Equipa Local de Intervenção (ELI), permitiram o desenvolvimento de conhecimentos sobre esta temática, demonstrando um nível de conhecimento estruturado sobre o SNIPI, seus objectivos e áreas de atuação. Sobre esta atividade, resultou uma reflexão segundo o ciclo de Gibbs (ver Apêndice VI)

Também dentro deste segundo objetivo específico, foi possível a colaboração numa atividade de celebração do Dia Mundial da Criança, realizada pela UCC em parceria com a Câmara Municipal, da qual resultou a terceira reflexão realizada para este estágio (ver Apêndice VII). A atividade consistiu em utilizar a Unidade Móvel de Saúde e colocá-la estacionada em frente ao Jardim de Infância, entre as 15h00 e as 18h00, com o objectivo de estar disponível, e com toda a equipa multidisciplinar preparada para prestar cuidados aos brinquedos que as crianças levassem consigo. O objetivo desta atividade consistiu em desmitificar medos e receios das crianças relativamente aos cuidados de saúde, permitindo também, através da brincadeira, promover estilos de vida saudáveis e realizar ensinamentos sobre temáticas-chave, mediante cada faixa etária, permitindo assim a celebração do dia, e consistindo num momento de Promoção da Saúde. Para tal, foi distribuído um convite às

crianças e pais que frequentam o Jardim de Infância, bem como aos Professores, de forma a divulgar a iniciativa e ter o maior número de participantes possível. Através da utilização da Unidade Móvel de Saúde, foi possível simular o contexto de Cuidados de Saúde Primários, e através da brincadeira e simulação de determinadas situações, transferir os medos das crianças para o boneco. Desta forma, uma futura ida aos Cuidados de Saúde Primários ou ao Hospital, será mais fácil e menos traumática.

Ainda dentro do segundo objetivo específico, foi possível a colaboração com a UCC, no âmbito da saúde escolar, através da realização e apresentação de uma sessão de educação para a saúde a quatro turmas com alunos do 9º ano, sobre “Afetos e Sexualidade na Adolescência – Métodos Contracetivos” (Apêndice VIII). Esta sessão teve com objetivos: promover a aquisição de conhecimentos sobre métodos contracetivos; promover uma sexualidade saudável e segura. Para tal, foi elaborado o plano da sessão (Apêndice IX). De forma a obter avaliação do impacto da sessão, foi elaborado um questionário de avaliação, que foi entregue no final de cada sessão (Apêndice X). No final, foi realizado o tratamento de dados das avaliações (Apêndice XI). No total participaram 90 alunos, com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos.

A última atividade que permitiu a colaboração com a UCC, decorreu no âmbito do curso de preparação para o parto através da realização e apresentação de uma sessão de educação para a saúde sobre “Amamentação” (Apêndice XII), no dia 7 de Junho, a um grupo de mulheres que se encontrava a frequentar sessões de preparação para o parto. Esta sessão teve como objetivos: promover o desenvolvimento de competências parentais; evidenciar a importância da amamentação. Para tal, também foi elaborado o plano da sessão (Apêndice XIII). No final da sessão, foi entregue às participantes dois folhetos da DGS, “Extracção e Conservação de Leite Materno” (Anexo I), e o segundo denominado “Amamentação – Como resolver pequenos problemas” (Anexo II). Foram entregues estes dois folhetos, pelo facto de terem sido elaborados por uma entidade credenciada, e por a informação neles contida estar bastante bem organizada e atualizada, sendo uma mais valia, não havendo, assim, necessidade de duplicação da informação. De forma a obter avaliação do impacto da sessão, foi elaborado um questionário de avaliação, que foi entregue no final da sessão (Apêndice XIV). No final, foi realizado o tratamento de dados das avaliações (Apêndice XV). No total participaram quatro grávidas nesta sessão.

Também as atividades desenvolvidas para este segundo objetivo específico, permitiram dar resposta aos dois objetivos gerais estabelecidos. Com estas atividades anteriormente

mencionadas, foi possível, não só estabelecer intervenções ao nível da Promoção da Saúde, mas também ao nível da Promoção do Desenvolvimento Infantil.

Como terceiro objetivo específico foi estabelecido - *contribuir para a Promoção da Segurança na Medicação, na prestação de cuidados de enfermagem a utentes em idade pediátrica*. A primeira atividade desenvolvida para dar resposta a este objetivo, consistiu na observação das estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem da USF para promoção da segurança na medicação, nomeadamente na vacinação de crianças/jovens. Assim, foi observado que já era utilizado o sistema de prescrição informático, conforme preconizado pela evidência científica na *Scoping Review* realizada. Este sistema, permitia gerar alertas consoante o esquema vacinal se encontrasse atualizado ou não, possibilitando também, uma visão geral de todo o esquema recomendado, com os intervalos preconizados entre cada vacina. Este sistema informático, atualizado de acordo com o PNV em vigor, apresentava qual a vacina a ser administrada para aquela faixa etária, contra-indicações para a administração, possíveis reacções adversas e identificação do local anatómico onde deveria ser administrada a vacina. O sistema obrigava ainda, ao registo informático de administração, com o respetivo lote e data de validade da vacina. Também o boletim individual de vacinação era consultado antes de qualquer administração, e devidamente preenchido após a mesma.

Para a operacionalização deste objetivo, foi imprescindível a consulta e atualização de conhecimentos relativamente ao PNV, e ao Plano Nacional para a segurança dos doentes. Este último, apesar de não ser específico para a Pediatria, constitui um importante guia orientador com recomendações para as instituições de saúde. Segundo este documento, e de acordo com dados do sistema nacional de notificação de incidentes, 13% do total de incidentes notificados são incidentes de medicação (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015). No entanto, a Sr.ª Enfermeira Orientadora, referiu que, nesta USF, não havia registo de notificação de incidentes relacionados com medicação a doentes pediátricos.

A segunda atividade desenvolvida, foi a administração de vacinas nas consultas de saúde infantil e pediátrica adotando estratégias que previnam o erro na preparação e administração de medicação, nomeadamente, a realização de dupla confirmação sempre com a Sr.ª Enfermeira Orientadora. Esta foi uma das sugestões realizadas à Sr.ª Enfermeira Orientadora, que justificou que seria inviável a sua implementação na USF, pela limitação de enfermeiros existentes, e pelo facto de se encontrarem dispersos pelas várias salas de atendimento. A estratégia de dupla confirmação será abordada e discutida mais à frente neste relatório.

Por fim, o último objectivo específico, consistiu em *colaborar com a equipa de enfermagem para atingir os objectivos do plano de ação da USF*. Um dos objetivos do plano de ação da USF, é o *Desenvolver competências parentais conducentes a uma parentalidade responsável*, sendo que a atividade para operacionalização deste objetivo é a elaboração de sessões de educação para a saúde mensais, com base em temáticas previamente discutidas e selecionadas. O levantamento de necessidades é reconhecido através de problemas identificados pela equipa multidisciplinar, bem como através das sugestões dadas pelos utentes na participação em grupos, como o de preparação para o parto. Assim, no mês em que decorreu o estágio, a temática selecionada, e que foi proposta abordar numa sessão de educação para a saúde, foi o “*Desenvolver a brincar*”. Desta forma, inicialmente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica.

Apesar de parecer uma atividade banal, brincar, apresenta diversas vantagens, sendo essencial para o desenvolvimento da criança, contribuindo para o desenvolvimento cognitivo, físico e bem-estar social e emocional de crianças e jovens (Ginsburg, 2007).

É através do brincar que a criança inicia a construção do seu relacionamento com o mundo, sendo consensual entre vários autores que brincar apresenta vantagens comprovadas, permitindo a promoção da relação, o desenvolvimento de competências, e a promoção da saúde e bem-estar (Costa, et al, 2016; Lillard, 2015 e Ramos, et al, 2012). Brincar permite que as crianças usem a sua criatividade enquanto desenvolvem a sua imaginação, destreza e capacidade física, cognitiva e emocional (Ginsburg, 2007). Permite também o estabelecimento de uma relação de confiança e partilha com quem brinca com elas, sendo uma forma privilegiada de interação criança-pais, promovendo a segurança, a vinculação e o mútuo conhecimento. A nível físico, constitui, por exemplo, uma estratégia na prevenção da obesidade, através da promoção da actividade física (Póvoas, et al, 2013).

Uma das principais dificuldades na abordagem desta temática é a definição de brincar. Na realidade, existem dúvidas persistentes na diferenciação do significado atribuído à brincadeira, jogo e brinquedo, sendo “(...) muitas vezes somente o contexto social em que tais atividades se encontram inseridas que permite compreender o sentido desses termos” (Ramos, et al., 2012, p.50). Kishimoto (2005), remete o conceito brincar para uma atividade dotada de um significado social preciso, que necessita de uma aprendizagem. A autora refere que não se pode confundir jogo com brinquedo e brincadeira, os quais se relacionam diretamente com a criança. Relativamente à definição de jogos e brincadeiras, Kishimoto (2005) refere que enquanto fator social, o jogo assume a imagem e o sentido que cada sociedade lhe atribui. Fazendo a distinção entre jogo e brinquedo, Kishimoto (2005) diz que

o brinquedo pressupõe uma relação com a criança e uma indeterminação quanto ao uso, ou seja, a ausência de um sistema de regras que organizam sua utilização. O brinquedo está em relação direta com uma imagem que se evoca de um aspecto da realidade e que o jogador pode manipular. Ao contrário, jogos, como xadrez, construção, implicam, de modo explícito ou implícito, o desempenho de certas habilidades definidas por uma estrutura preexistente no próprio objeto e nas suas regras (Kishimoto, 2005). A autora admite assim, que o brinquedo representa certas realidades do quotidiano das crianças, afirmando também que um dos objetivos do brinquedo é dar à criança um substituto dos objetos reais, para que desta forma os possa manipular. Por último, a brincadeira é definida como a ação que a criança desempenha ao concretizar as regras do jogo, sendo que a autora considera que é o lúdico em ação (Kishimoto, 2005). Assim, o ato de brincar não é estático, e pode ser definido como uma ação mediada pelo contexto sociocultural e o significado construído pela criança sobre a função de determinados objetos e da sua participação em certas brincadeiras (Queiroz, Maciel e Branco, 2006).

Ramos, et al. (2012) alertam para o facto de cada vez mais surgirem alternativas ao estar com a família, sendo que “os pais de hoje são, com frequência, abordados com a ideia de que bons pais são aqueles que compram desmesuradamente jogos, brinquedos, “ocupação fora de casa”, como as actividades fora do horário escolar.” (Ramos, et al., 2012, p.53). Póvoas, et al (2013), acrescentam que “(...) o tempo para brincar de forma espontânea tem sido progressivamente substituído por actividades planeadas, em horários rígidos e preenchidos” (Póvoas, et al, 2013, p.108), havendo uma nítida pressão exercida sobre os pais para proporcionarem aos filhos as melhores oportunidades de aprendizagem, para que sejam no futuro profissionais bem-sucedidos (Póvoas, et al, 2013).

Segundo um estudo realizado em 2013, sobre os hábitos de brincar das crianças portuguesas, o tempo despendido diariamente em frente ao ecrã foi, em 54,3% das crianças, superior ao recomendado pela Academia Americana de Pediatria (Póvoas, et al, 2013). O mesmo estudo enfatiza que “os pais com maior grau de escolaridade e profissões mais especializadas referiram menos tempo disponível para brincar com os filhos, que frequentavam mais actividades fora do Jardim de Infância.” (Póvoas, et al, 2013).

Assim, de forma a contrariar as mudanças subjacentes à sociedade actual, e conscientes dos benefícios do brincar para o desenvolvimento saudável das crianças, os enfermeiros assumem um papel central “no que diz respeito à promoção da brincadeira, quer nas consultas de saúde infantil, actividades comunitárias e de saúde escolar, contexto dos

Cuidados de Saúde Primários, quer quando a criança se depara com algum problema de saúde e recorre aos Cuidados de Saúde Diferenciados.” (Ramos, et al., 2012, p.54).

Neste sentido, são vários os autores que relatam a importância do papel do enfermeiro na promoção do brincar, referindo que este tem a responsabilidade na promoção do brincar na vida quotidiana das crianças e das suas famílias.

Assim, Ramos, et al. (2012) reforça que “cabe ao Enfermeiro, trabalhar com as crianças e famílias para que os pais compreendam a importância da brincadeira no desenvolvimento saudável dos seus filhos (...)” (Ramos, et al., 2012, p.54). Neste sentido, Ginsburg (2007) aponta como estratégias a adoptar pelos enfermeiros: promover o brincar espontâneo e livre, como sendo uma parte essencial e saudável da infância, recomendando que deve ser contemplado tempo para as crianças serem criativas, poderem brincar livremente, e poderem descomprimir das regras e rotinas dos jogos estruturados, permitindo que sejam elas próprias a organizar e a conduzir a brincadeira; enfatizar as vantagens do brincar ativo e desaconselhar aos pais o uso excessivo de entretenimento passivo (como por exemplo, televisão e jogos de computador); reforçar os benefícios dos “brinquedos verdadeiros”, como blocos e bonecas, com os quais as crianças usam a sua imaginação, em detrimento de brinquedos passivos que exigem imaginação limitada; aconselhar os pais/pessoas significativas a escolherem brinquedos que cumpram as normas internacionais de segurança, que permitam a interação, o uso do imaginário e adequados à criança, não tendo em consideração apenas a sua idade; incentivar as famílias a adotarem hábitos de leitura, desde a idade mais precoce; explicar aos pais/pessoas significativas a importância de brincarem com os seus filhos, havendo um reforço da vinculação e transmitindo às crianças sentimentos de segurança, protecção e carinho, promovendo assim o seu desenvolvimento ao longo da vida; reforçar a importância dos momentos passados em família, em que todos possam conversar e serem ouvidos.

Para implementação eficaz destas estratégias, importa aos enfermeiros, e enquanto EESIP, terem um amplo conhecimento da criança e, principalmente da família, a quem se vão dirigir. Relativamente à criança, é fundamental ter presente que a criança é um ser em desenvolvimento constante, e que, portanto, a sua brincadeira vai-se estruturando com base no que é capaz de fazer em cada momento. Ou seja, as formas de expressão, comunicação e relacionamento com o ambiente sociocultural no qual se encontra inserida, são diferentes consoante a faixa etária em que se encontra (Queiroz, Maciel e Branco, 2006). Os autores, reforçam que ao longo do desenvolvimento as crianças vão adquirindo novas e diferentes competências, o que lhes permitirá compreender e atuar de forma mais ampla no mundo.

No que diz respeito à família e suas dinâmicas, é crucial que o enfermeiro a conheça, saiba quais as suas potencialidades e focos que necessitem de atenção, bem como o contexto em que está inserida e a sua cultura, de forma a ter uma intervenção bem-sucedida e com ganhos em saúde efetivos. Neste sentido, importa ter em consideração que um mesmo jogo, brinquedo ou brincadeira para distintas culturas pode ter significados completamente diferentes. Além do aspecto cultural, o enfermeiro deve também ter em consideração o estágio de desenvolvimento da criança, sendo que “(...) cada brincadeira se constrói em cima de realizações passadas, e algum elemento de cada brincadeira se mantém ao longo da vida.” (Hockenberry, M *et al.*, 2006). Neste sentido, o *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* identifica um conjunto de atividades promotoras do desenvolvimento mediante cada faixa etária até aos 5-6 anos.

Desta forma, é possível constatar a importância desta temática, e da realização desta sessão de educação para a saúde, cuja finalidade é, não só, promover o brincar, mas o brincar espontâneo e em família, valorizando todos os benefícios previamente referidos. Neste sentido, o EESIP, assume um papel fundamental na Promoção da Saúde da criança/jovem e família e, na Promoção do Desenvolvimento Infantil. Assim, foi possível dar resposta aos dois objetivos gerais definidos.

Para tal, procedeu-se então à elaboração e realização de uma sessão de educação para a saúde, com base em toda a evidência mencionada anteriormente, denominada “Desenvolver a Brincar” (Apêndice XVI). Para a divulgação da sessão, foi utilizado um cartaz informativo, previamente realizado pela equipa da USF. Também durante a realização das consultas de enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil foi divulgada a sessão aos pais e crianças. A sessão realizou-se no dia 25 de Maio, tendo como objetivos: promover o desenvolvimento de competências parentais; evidenciar a importância do brincar no desenvolvimento das crianças, com idades compreendidas entre o nascimento e os 5 anos. Para tal, foi elaborado um plano da sessão (Apêndice XVII). No final da sessão, foi entregue aos participantes um folheto informativo (Apêndice XVIII), previamente realizado, com resumo de toda a informação partilhada na sessão. De forma a obter avaliação do impacto da sessão, foi elaborado um questionário de avaliação, que foi entregue no final da sessão (Apêndice XIX). No final, foi realizado o tratamento de dados das avaliações (Apêndice XX). No total a sessão contou com seis participantes.

No decorrer da sessão verificou-se que os pais davam preferência aos jogos eletrónicos e individuais, apesar de conhecerem as vantagens da brincadeira espontânea e em família, ou seja, reportando para o MPS, os pais reconheciam o comportamento a ser mudado e

percebiam os benefícios para a ação. No entanto, durante o período de discussão, constatou-se que as barreiras percebidas pelos pais se relacionavam com a falta de tempo, exigências laborais e pressão exercida pelo meio e restantes crianças, o que provocava na maioria dos pais sentimentos de fracasso e frustração no desempenho do papel parental. Após a sessão, foi possível verificar-se a verbalização da intenção para a mudança de comportamento, através da adoção das estratégias e brincadeiras apresentadas na sessão. Assim, foi possível ver espelhado nesta atividade o MPS de Pender.

A par dos objetivos apresentados e atividades desenvolvidas, importa também referir que este estágio promoveu o desenvolvimento de Competências Específicas do EESIP, nomeadamente: “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19193), através da comunicação com a criança/jovem e família, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; da utilização de estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde; da intervenção em programas no âmbito da saúde escolar; do apoio à inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19193); “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19193), através da avaliação de conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde; da facilitação para a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19193); “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19194), através da demonstração de conhecimentos sobre o crescimento e o desenvolvimento, bem como da sua avaliação; da transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19194).

Estas competências foram desenvolvidas através da prestação de cuidados à criança/jovem e família nas consultas de enfermagem em Saúde Infantil e Juvenil, tendo em consideração o estágio de desenvolvimento e a promoção do desenvolvimento infantil; na colaboração e promoção de parceria de cuidados entre a USF e a UCC; e na estimulação de mudança de comportamentos que promovam a saúde.

Importa, por fim, mencionar que as atividades desenvolvidas permitiram também a sedimentação de competências ao nível da colaboração da integração de novos profissionais

e da promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros, através da promoção da formação em serviço na área de especialização, tendo assim sido possível o desenvolvimento de competências de mestre, nomeadamente “gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial especializada e da sua experiência profissional e pessoal”, “comunicar os resultados da sua aprendizagem clínica e de investigação aplicada” e “refletir criticamente e abordar questões complexas da prática profissional, relacionados com a comunidade” (Universidade Católica Portuguesa, 2018, p.6).

2.2 Estágio Final e Relatório

A segunda fase de aprendizagem clínica, decorreu em três contextos distintos, enquadrados na UC *Estágio Final e Relatório*, no período que decorreu de 3 de setembro a 19 de dezembro de 2018. Assim, foram estabelecidos objetivos gerais transversais ao contexto de Neonatologia, Internamento de Pediatria e Urgência Pediátrica:

- Desenvolver competências enquanto EESIP, contribuindo para uma cultura de segurança dos cuidados;
- Desenvolver competências, enquanto EESIP, na prestação de cuidados à criança/jovem e família, nos diferentes contextos da prática.

Nos seguintes subcapítulos serão apresentados os objetivos específicos definidos para cada contexto, bem como as atividades desenvolvidas.

2.2.1 Neonatologia

Este primeiro estágio, referente à Neonatologia, decorreu numa Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN), de 3 de setembro a 5 de outubro de 2018, num hospital da área de Lisboa. Esta unidade tem capacidade para 13 vagas de internamento, sendo que 5 são consideradas de cuidados intensivos, 7 de cuidados intermédios e 1 unidade de isolamento. Com uma taxa de ocupação anual de aproximadamente 60%, estando preparada para receber recém-nascidos a partir das 28 semanas de idade gestacional.

A UCERN é composta por uma equipa multidisciplinar que envolve Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de Acção Médica, Fisioterapeutas, Terapeutas da Fala, entre outros, consoante a especificidade de cada caso. Encontra-se inserida num hospital que serve uma população de

cerca de 278.000 pessoas residentes num total de 25 freguesias abrangidas por quatro concelhos.

Pelo facto de a UCERN ser a unidade onde é exercida função como enfermeira, e tendo em consideração os objetivos do estágio e o curto período de tempo que existia para definir, planear e implementar atividades, o método utilizado para identificação do diagnóstico de situação foi a observação e experiência acerca das necessidades de intervenção na unidade. Nesta fase, também a discussão em equipa, nomeadamente com Sr.^a Enfermeira Orientadora foi fundamental para a identificação e estabelecimento do diagnóstico de situação.

Dada a especificidade da unidade, bem como da população alvo de cuidados, uma das necessidades de intervenção identificadas pela equipa consiste na solidificação e sugestão de novas estratégias que permitam prevenir os erros de administração de medicação. A *Scoping Review* apresentada previamente, permitiu justificar que, a ocorrência de erros de medicação em pediatria é uma realidade que não podemos ignorar. Compete ao EESIP, a identificação e implementação de estratégias, que permitam dar resposta a esta problemática. Neste sentido, e enquanto enfermeira responsável pela formação em serviço da UCERN, é consensual na evidência científica, que a formação dos profissionais é uma das principais estratégias apresentadas como medida preventiva ao erro de medicação. Tendo os enfermeiros um papel ativo nas etapas de preparação e administração da medicação, temos obrigação de participar ativamente na implementação e identificação de novas estratégias, promovendo assim a segurança do doente, nomeadamente em idade pediátrica. Por este motivo, é fundamental que estas ações de formação sejam dirigidas, também a toda a equipa multidisciplinar, possibilitando assim a sensibilização e transmissão de conhecimentos que permitam uma prestação de cuidados segura e, essencialmente, promotora de saúde.

Assim, para a UCERN, foram definidos objetivos específicos, para cada um dos objetivos gerais identificados. Designadamente para o primeiro objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: elaborar uma Orientação Técnica sobre a preparação e administração de medicação no departamento de pediatria do Hospital; contribuir para uma cultura de segurança de cuidados, nomeadamente na preparação e administração de medicação, na equipa de enfermagem da UCERN. Para o segundo objetivo geral, foi estabelecido como objetivo específico: realizar uma sessão de formação dirigida à equipa multidisciplinar da UCERN apresentando Estratégias para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria.

Para este contexto, não foi estabelecido nenhum objetivo específico relacionado com a prestação de cuidados, pelo facto de ter decorrido em contexto de trabalho, tendo sido

privilegiadas atividades que permitissem o desenvolvimento de competências enquanto EESIP, na área da gestão, formação e investigação. No entanto, e pelo facto de, além de responsável pela formação na unidade, serem também exercidas funções como chefe de equipa, foi considerado apropriado a elaboração de uma reflexão segundo o ciclo de Gibbs (Apêndice XXI). Esta, permitiu a descrição de uma situação que foi considerada pertinente expor, relacionada com a prestação de cuidados ao recém-nascido pré-termo, e nomeadamente ao acompanhamento à família. Foi também refletido o impacto que este percurso formativo teve para o desenvolvimento profissional, nomeadamente na aplicação de estratégias na prática, que permitiram demonstrar a aquisição de competências enquanto EESIP.

Relativamente ao primeiro objetivo específico - *Elaborar uma Orientação Técnica sobre a preparação e administração de medicação no departamento de pediatria do Hospital -*, inicialmente foi programada, e elaborada uma entrevista semi-estruturada (Apêndice XXII) à Sr.^a Enfermeira Coordenadora do Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente do hospital. Para tal, numa primeira fase de construção da entrevista, foi realizada pesquisa e consulta de orientações técnicas e procedimentos, do departamento de pediatria, já existentes no hospital, tendo sido confirmado que não existia nenhum direcionado para esta temática, para a população pediátrica. Procedeu-se à solicitação, via telefónica, da entrevista à Sr.^a Enfermeira, tendo a mesma sido aprovada e agendada. A entrevista realizou-se no dia 6 de setembro de 2018, no gabinete da Sr.^a Enfermeira, tendo, também, sido realizado previamente pedido de autorização e consentimento para gravação da entrevista e respectiva transcrição e tratamento dos dados, o qual foi aceite. A transcrição foi enviada para a Sr.^a Enfermeira, que aprovou (Apêndice XXIII).

No decorrer da entrevista, foi possível confirmar a importância de realização de uma Orientação Técnica sobre a preparação e administração de medicação para o departamento de pediatria. Ainda durante a entrevista, e após o tratamento dos dados, foi reforçada a importância de construção de uma tabela de consulta rápida sobre a medicação mais utilizada na UCERN, bem como a formação da equipa de enfermagem sobre estratégias e medidas preventivas ao erro de preparação e administração de medicação.

Para a elaboração da Orientação Técnica, inicialmente foi realizada pesquisa bibliográfica sobre a elaboração e construção deste tipo de documento. Após aconselhamento com a Sr.^a Enfermeira Orientadora, foi elaborada a Orientação Técnica (Apêndice XXIV). Esta inicialmente foi apresentada à Sr.^a Enfermeira Responsável da UCERN, e após a sua aprovação, e configuração segundo o *layout* e normas do hospital, foi enviada à Sr.^a

Enfermeira Coordenadora do Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente do hospital, no dia 7 de setembro de 2018.

Importa mencionar, que para a elaboração da Orientação Técnica, foi essencial recorrer à “*Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*” da DGS. Uma das principais lacunas apontadas ao nível da comunidade científica, sobre esta temática, é a falta de definições padronizadas e terminologia utilizada na literatura, o que leva a que, em muitos casos, os estudos sejam difíceis de comparar, e inconsistentes ao quantificar os resultados. Neste sentido, e para dar resposta a esta problemática, a Organização Mundial de Saúde (OMS), publicou em Janeiro de 2009, um documento intitulado originalmente, “*Conceptual framework for the international classification for Patient safety*”, tendo os direitos de tradução e publicação em língua portuguesa sido cedidos à DGS, sendo este documento a “*Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*”, a base concetual pela qual a Orientação Técnica, e consequentemente este relatório, foram elaborados.

De forma a dar resposta às sugestões da Sr.^a Enfermeira Coordenadora do Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente, foi estabelecido o segundo objetivo específico - *Contribuir para uma cultura de segurança de cuidados, nomeadamente na preparação e administração de medicação, na equipa de enfermagem da UCERN* -, cuja atividade desenvolvida para a sua operacionalização, foi a construção de tabelas de medicação de consulta rápida. Neste sentido, inicialmente foi efetuada pesquisa bibliográfica sobre preparação e administração de medicação em neonatologia. Depois, foi realizado o levantamento com a equipa de enfermagem e médica da UCERN sobre a medicação prescrita e administrada, quer a utilizada com mais regularidade, quer a utilizada em situações de urgência. Seguidamente, procedeu-se à construção de duas tabelas de consulta rápida: uma sobre a medicação mais utilizada (Apêndice XXV), e outra sobre medicação de urgência na UCERN (Apêndice XXV). Para aprovação, foram enviadas à Sr.^a Enfermeira Responsável da UCERN e à Sr.^a Enfermeira Coordenadora do Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente. O objetivo é a sua afixação em local estratégico e visível da unidade, próximo da zona de preparação de medicação.

Dentro do segundo objetivo geral, foi estabelecido como objetivo específico - *Realizar uma sessão de formação dirigida à equipa multidisciplinar da UCERN apresentando Estratégias para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria*. Para tal, procedeu-se à elaboração do plano da sessão de formação (Apêndice XXVI). De seguida, através de e-mail, realizou-se a divulgação da sessão de formação para todo o departamento de Pediatria do Hospital. A

sessão de formação realizou-se no dia 1 de outubro de 2018, com base em toda a evidência recolhida na *Scoping Review*, denominada “Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria” (Apêndice XXVII). A sessão teve como objetivos: promover a identificação de estratégias para prevenir os erros de medicação em pediatria; promover uma cultura de segurança para o doente pediátrico, nomeadamente recém-nascido de termo/pré-termo. No final da sessão, de forma a obter avaliação do impacto da sessão, foi entregue um questionário de avaliação, e realizado o tratamento de dados das avaliações (Apêndice XXVIII). No total, a sessão contou com seis participantes. Foi utilizado o questionário de avaliação aprovado e em vigor no hospital.

As atividades desenvolvidas na UCERN tiveram o propósito de mudança de comportamento nos profissionais de saúde, principalmente nos enfermeiros. Enquanto responsáveis pela preparação e administração da medicação, compete-lhes identificar e compreender quais os comportamentos que, ao serem em risco a segurança da criança/jovem, devem ser mudados. Ao se ter noção do que é necessário alterar, deve-se, de seguida, refletir acerca dos benefícios resultantes da mudança de comportamento, bem como as possíveis barreiras que possam dificultar esta mudança. Assim, com a elaboração da Orientação Técnica, construção das tabelas de consulta rápida e formação da equipa multidisciplinar, pretende-se ajudar nesta reflexão, demonstrando o que pode ser mudado, as vantagens inerentes à mudança, e, efetivamente, facilitar o processo de mudança. Finalmente, ao adotar estas estratégias, é possível reduzir os riscos de ocorrência de erros de medicação, a crianças e jovens, garantindo uma melhoria da prestação de cuidados e um aumento da segurança dos mesmos, tendo como fim último a Promoção da Saúde de quem os recebe. Importa mencionar que, ao tentar implementar estas estratégias (Orientação Técnica e Tabelas de medicação), foi considerado que uma das principais barreiras, percebida pela equipa de enfermagem, se encontra a nível organizacional. No entanto, a formação e a atualização contínua de conhecimentos, continua a ser uma forte ferramenta ao dispor de cada um, que facilita e promove a mudança de comportamento.

A par dos objetivos apresentados e atividades desenvolvidas, importa também mencionar que este estágio, através da prestação de cuidados ao recém-nascido de termo e pré-termo, bem como através da promoção de uma cultura de segurança na prestação de cuidados, permitiu e contribuiu para o desenvolvimento de Competências Específicas do EESIP, nomeadamente: “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19193), através da promoção da participação da

criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; da comunicação com a criança/jovem e família, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; da utilização de estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde; da transmissão de conhecimentos de promoção da aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; da procura sistemática de oportunidades para trabalhar com a família e criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; do estabelecimento com redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19193); “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19193), através da demonstração de conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas; e da avaliação dos conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19193); “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19193), através da mobilização de conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19193); “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19194) através da evidência de conhecimentos sobre o crescimento e o desenvolvimento, bem como a avaliação dos mesmos; da transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19194); “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19194), através da avaliação da parentalidade; demonstrando conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo; da utilização de estratégias para promover o contacto físico entre pais e RN; da promoção da amamentação; da negociação e envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19194).

Concluindo, é relevante mencionar que as atividades desenvolvidas permitiram também a participação e promoção da investigação em serviço; a supervisão do exercício

profissional; a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; a gestão dos cuidados; a identificação das necessidades formativas e a promoção da formação em serviço; a colaboração na integração de novos profissionais; e por fim, a liderança de equipas de prestação de cuidados especializadas.

Ao nível do desenvolvimento de competências de mestre, ressalva-se a capacidade para “Comunicar os resultados da sua aprendizagem clínica e de investigação aplicada” (Universidade Católica Portuguesa, 2018, p.6).

2.2.2 Internamento de Pediatria

Este segundo estágio, relativo ao internamento de pediatria, decorreu numa Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, de 8 de outubro a 16 de novembro. Esta unidade encontra-se agregada ao Serviço de Urgência Pediátrica, estando destinada a receber para internamento crianças e adolescentes até 18 anos de idade.

É composta por seis vagas individualizadas, com capacidade para monitorização, sendo que uma destas unidades funciona, em caso de necessidade, como unidade de isolamento, com capacidade para estabelecimento de pressão positiva.

Esta unidade é composta por uma equipa multidisciplinar que envolve Médicos, Enfermeiros e Auxiliares de Acção Médica. A equipa de enfermagem é transversal ao Serviço de Urgência Pediátrica e à Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos.

Tendo em consideração os objetivos do estágio, inicialmente o método utilizado para identificação do diagnóstico de situação foi a entrevista não-estruturada aos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, nomeadamente à Sr.^a Enfermeira Orientadora. Também a observação foi fundamental para a identificação e estabelecimento do diagnóstico de situação. De seguida, e em concordância com a Sr.^a Enfermeira Orientadora, foi planeada a realização de uma entrevista semi-estruturada à Sr.^a Enfermeira Chefe, responsável pelo Serviço de Urgência Pediátrica e pela Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, que permitisse o estabelecimento do diagnóstico de situação.

Assim, dentro do objetivo geral - *Desenvolver competências enquanto EESIP, contribuindo para uma cultura de segurança dos cuidados* -, foram estabelecidos como objetivos específicos: identificar necessidades de intervenção na equipa de enfermagem da Unidade

de Cuidados Intermédios Pediátricos, relacionadas com a segurança dos cuidados; contribuir para uma cultura de segurança de cuidados, nas fases de preparação e administração de medicação, na Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos; formar a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, apresentando estratégias para prevenir os erros de medicação em pediatria, reforçando a importância da dupla confirmação.

Relativamente ao primeiro objetivo específico, inicialmente foi programada, e elaborada uma entrevista semi-estruturada (Apêndice XXIX) à Sr.^a Enfermeira Chefe da Unidade Cuidados Intermédios Pediátricos. Procedeu-se à solicitação da entrevista, presencialmente, tendo a mesma sido aceite e agendada. A entrevista realizou-se no dia 15 de outubro de 2018, no gabinete da Sr.^a Enfermeira, sendo que esta, preferiu enviar as respostas por e-mail (Apêndice XXX).

Dada a especificidade da Unidade, bem como da população alvo de cuidados, uma das necessidades de intervenção identificadas pela Sr.^a Enfermeira Chefe, foi o reforço da estratégia de dupla confirmação realizada pelos enfermeiros nas fases de preparação e administração de medicação, com o objetivo de prevenir os erros de medicação. A Sr.^a Enfermeira, assume a formação da equipa de enfermagem como peça fundamental na sua gestão, referindo que, apesar de a equipa estar desperta para a importância da formação e ser bastante participativa na mesma, o facto de recentemente ter havido uma reestruturação, com a chegada de vários elementos novos, faz com que seja crucial reforçar a importância da estratégia de dupla confirmação já implementada anteriormente.

A par com a realização da formação à equipa de enfermagem, no decorrer da entrevista, a Sr.^a Enfermeira Chefe sugeriu a criação de um documento que permitisse auditar os enfermeiros nas etapas de preparação e administração de medicação endovenosa, de forma a justificar a formação, e para também ter uma percepção mais clara das etapas em que existem falhas na estratégia de dupla confirmação. Neste sentido, o objetivo da Sr.^a Enfermeira era realizar auditorias à equipa, de seguida realizar a formação sobre estratégias para prevenir os erros de administração de medicação em pediatria, reforçando a importância da dupla confirmação, e finalmente, auditar novamente a equipa, de forma a verificar a eficácia da formação. Assim, surge o segundo objetivo específico - *contribuir para uma cultura de segurança de cuidados, nas fases de preparação e administração de medicação, na Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos.*

A sugestão da Sr.^a Enfermeira Chefe foi aceite, sendo que inicialmente realizou-se pesquisa bibliográfica e consulta de documentação relacionada com auditorias realizadas no

departamento de Pediatria já existentes no hospital, bem como, sobre a estratégia de dupla confirmação. De seguida, procedeu-se à criação de um documento de auditoria, sobre a dupla confirmação nas etapas de preparação e administração de medicação. Este documento, foi apresentado à Sr.^a Enfermeira Orientadora e à Sr.^a Enfermeira Chefe, e após introdução de algumas alterações sugeridas (Apêndice XXXI), prosseguiu-se à execução de auditorias à equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, sobre a dupla confirmação nas etapas de preparação e administração de medicação endovenosa.

A principal limitação na execução das auditorias foi o facto de serem restritas a medicação endovenosa, o que fez com que o volume de auditorias fosse muito baixo, não só pela pouca medicação endovenosa prescrita, mas também pelo curto período de tempo de estágio existente para realizar as actividades propostas. No decorrer das auditorias, foi também possível comprovar que a equipa de enfermagem não se encontrava desperta para todas as etapas da dupla confirmação, acabando apenas por cumprir algumas das etapas previstas, e neste sentido, no tratamento de dados, os resultados não iriam ser favoráveis.

No dia 30 de outubro, participou-se numa reunião com a Sr.^a Enfermeira Chefe, a Sr.^a Enfermeira Orientadora, e com a Sr.^a Enfermeira Coordenadora do Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente. Nesta reunião houve a possibilidade de apresentar o documento elaborado para a realização das auditorias, sendo que a Sr.^a Enfermeira Chefe reforçou que é de extrema importância a continuação desta atividade, mesmo após o final do estágio. A Sr.^a Enfermeira Coordenadora do Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente, concordou, mostrando-se recetiva. No final da reunião, e em discussão com a Sr.^a Enfermeira Orientadora, acerca das auditorias e conseqüentes limitações, foi decidido não continuar com as mesmas, ficando finalizado o documento e entregue à Sr.^a Enfermeira Chefe e à Sr.^a Enfermeira Coordenadora do Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente. Sobre este tema, foi realizada uma reflexão segundo o ciclo de Gibbs (Apêndice XXXII).

De forma a dar resposta às necessidades da equipa de enfermagem, foi traçado o terceiro objetivo específico para este contexto - *Formar a Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, apresentando Estratégias para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria, reforçando a importância da Dupla Confirmação*. Assim, foi elaborada uma formação, com base na formação previamente realizada na UCERN, mas com ênfase nos resultados da pesquisa bibliográfica sobre dupla confirmação. Esta estratégia já havia sido implementada pela Sr.^a Enfermeira Chefe na Unidade, no entanto, as dúvidas permaneciam e as etapas para aplicação da dupla confirmação, não se encontravam bem

definidas. Segundo Alsulami, Choonara e Conroy (2014), a dupla confirmação por dois enfermeiros é uma intervenção usada em muitos hospitais do Reino Unido para prevenir ou reduzir erros na preparação e administração de medicação. No entanto, os autores alertam para o facto de não existirem evidências suficientes, que apoiem ou refutem esta estratégia como medida efetiva que permita a redução do risco de erro de medicação (Alsulami, Choonara e Conroy, 2014). Isto não significa que a dupla confirmação seja ineficaz, simplesmente, os autores sugerem que sejam realizados mais estudos que comprovem efetivamente a sua eficácia (Alsulami, Choonara e Conroy, 2014). Fragata (2011) reforça a importância da dupla confirmação no processo de preparação e administração de medicação. Conroy, Davar e Jones (2012), acrescentam que o processo de dupla confirmação não se encontra totalmente definido entre as várias unidades e serviços onde realizaram um estudo, constatando-se que existem práticas e opiniões distintas sobre esta estratégia. Num questionário aplicado por Conroy, Davar & Jones (2012), a uma amostra de 105 participantes sobre o que consideram ser a dupla confirmação, as respostas foram divergentes e respeitantes apenas a algumas etapas, como exemplo: identificação positiva da criança; dose prescrita; cálculos necessários; prescrição; preparação da medicação; confirmação do peso da criança e administração (Conroy, Davar e Jones, 2012). A dupla confirmação, implica a presença de dois enfermeiros em todos os momentos que impliquem a preparação e administração de medicação, e neste sentido, Conroy, Davar e Jones (2012) reforçam que o processo de dupla confirmação deve ser definido e rigorosamente seguido. Para tal, em discussão com a Sr.^a Enfermeira Orientadora e Sr.^a Enfermeira Chefe, foi realizada uma formação, onde as etapas respeitantes à dupla confirmação, se encontram estruturadas e definidas. Procedeu-se então à elaboração do plano da sessão de formação (Apêndice XXXIII). De seguida, realizou-se a divulgação na Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos e Serviço de Urgência Pediátrica. A formação, denominada “Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria – Dupla Confirmação” (Apêndice XXXIV), realizou-se em três dias diferentes, de forma a abranger o maior número de elementos da equipa, 5, 6 e 13 de novembro de 2018. A equipa de enfermagem é constituída por 26 elementos, sendo que no total assistiram à formação 18 elementos, o que corresponde a 69,2% da equipa. Os objetivos desta sessão foram: promover a identificação de estratégias para prevenir os erros de medicação em pediatria; consolidar conhecimentos sobre a estratégia de dupla confirmação; promover uma cultura de segurança de cuidados para o doente pediátrico, nomeadamente na preparação e administração de medicação. No final da formação, de forma a obter avaliação do seu impacto, foi entregue

um questionário de avaliação, aprovado e em vigor no hospital, e realizado o tratamento de dados das avaliações (Apêndice XXXV). De forma a sintetizar a informação transmitida e com o objetivo de facilitar o seu acesso, foi elaborado um cartaz informativo sobre a dupla confirmação, nas etapas de preparação e administração de medicação (Apêndice XXXVI). Dentro do segundo objetivo geral, foi estabelecido como objetivo específico - *colaborar na prestação de cuidados à criança/jovem e família, internados na Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados ao utente pediátrico*. Inicialmente, foi realizada observação da atuação da equipa de enfermagem na prestação de cuidados, sendo que, posteriormente, foi possível a colaboração nesta, com ganho de autonomia crescente, demonstrando um nível aprofundado de conhecimentos. No decorrer do estágio, houve uma percentagem significativa de internamentos relativos a crianças com doenças crónicas (predominantemente crianças com diagnóstico médico de asma ou de drepanocitose), o que exigiu trabalho autónomo na pesquisa bibliográfica, e atualização de conhecimentos, sobre estas patologias. Estas patologias, implicam a existência de medicação de manutenção no domicílio, sendo que durante os internamentos foi bastante notório o domínio que os pais apresentavam sobre a gestão da mesma. Apesar de as faixas etárias terem sido variadas nos casos observados, de facto os pais detinham um conhecimento bastante minucioso sobre a medicação, o horário de administração, a forma de administração e os riscos da não administração.

Neste sentido, e face ao à vontade demonstrado pelos pais, a postura da equipa de enfermagem foi baseada no apoio e suporte contínuo, numa perspectiva de colaboração, parceria de cuidados, e reconhecimento das suas competências parentais, no que diz respeito à gestão da medicação. Segundo Machado, Nóbrega, Silva, França, Relchert e Collet (2018) a escuta ativa é considerada uma importante ferramenta na prestação de cuidados a crianças e jovens com doença crónica, sendo que os profissionais devem reconhecer a sua importância, uma vez que, quando apoiadas, as famílias e as crianças/jovens sentem-se encorajadas a enfrentar as implicações desencadeadas e inerentes à doença crónica. Os autores reforçam que a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e a família possibilita a identificação de necessidades que precisam ser resolvidas (Machado, Nóbrega, Silva, França, Relchert, e Collet, 2018). Os autores reforçam ainda que, o bem-estar e tranquilidade das famílias durante a hospitalização reduz o nível de stress da equipa multidisciplinar, nomeadamente da equipa de enfermagem, fortalecendo assim o relacionamento entre as famílias e os profissionais, bem como a qualidade da prestação de cuidados.

A equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos gere esta dinâmica de uma forma bastante correcta, assumindo os pais como parceiros de cuidados e detentores de conhecimento imprescindível. Assim, foi novamente aplicado o MPS, de Nola Pender, ao planear e implementar intervenções adequadas às necessidades da criança/jovem com doença crónica e família. As situações observadas e experienciadas durante o estágio tiveram a vantagem de existir uma adesão à terapêutica eficaz, permitindo a colaboração da família como parceiros nos cuidados. Neste sentido, as intervenções devem de ir ao encontro dos objetivos que se pretendam atingir, e com os quais a criança/jovem e família também se comprometam, para que assim, aumentem os benefícios percebidos, diminuam as barreiras percebidas e se melhore a autoeficácia percebida, criando condições favoráveis ao comportamento desejável, neste caso o de manutenção da adesão terapêutica. Neste sentido, a equipa de enfermagem funciona como uma importante influência interpessoal, que pode contribuir para aumentar a adesão ao comportamento de saúde.

De referir, que esta experiência permitiu a elaboração de uma reflexão segundo o ciclo de Gibbs (Apêndice XXXVII).

Finalmente, através da prestação de cuidados à criança/jovem e família, bem como através das atividades desenvolvidas, e anteriormente mencionadas, importa referir as Competências Específicas do EESIP, desenvolvidas, nomeadamente: “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19193), através da transmissão de conhecimentos e aprendizagens de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; da procura sistemática de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; da utilização de informação existente ou avaliação da estrutura e contexto do sistema familiar (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19193); “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19193), através da avaliação de conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde; da promoção para a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19193).

2.2.3 Urgência Pediátrica

O terceiro estágio, relativo à Urgência Pediátrica, decorreu no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), do mesmo hospital onde decorreram os anteriores estágios, de 19 de novembro a 19 de dezembro.

Este SUP, tem como objectivo a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos emergentes ou urgentes às crianças e jovens com idade inferior a 18 anos, da área de influência do hospital. Integrado no Departamento de Pediatria do hospital, dispõe de: duas salas de espera; sala de triagem; gabinetes de observação; sala de aerossóis; sala de tratamentos; sala de reanimação e sala de observação.

Como mencionado no estágio anterior, a Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos encontra-se agregada ao SUP, sendo que a equipa de enfermagem é a mesma. Assim, quando realizada a entrevista semi-estruturada à Sr.^a Enfermeira Chefe no contexto anterior, esta sugeriu de imediato, atividades a serem desenvolvidas quer para o estágio de Internamento de Pediatria, quer para o estágio de Urgência Pediátrica. Neste sentido, a Sr.^a Enfermeira sugeriu a elaboração de um documento que justificasse a importância da aquisição de seringas para administrações entéricas, visto que o SUP não dispunha deste material, e o risco de ocorrência de erros era bastante considerável. Nomeadamente, em situações onde consoante o diagnóstico de cada criança/jovem, por vezes é necessário, os pais/responsáveis, fiquem encarregues de administrar soros para reidratação por via oral. Estes soros são preparados e fornecidos em copos, com uma seringa para os pais/responsáveis irem administrando doses fracionadas às crianças. De referir, que grande percentagem destas crianças, têm também acessos venosos periféricos. Caso, o SUP conseguisse justificar a compra de material específico para administrações entéricas, nomeadamente sondas oro/nasogástricas e seringas, este risco diminuía significativamente.

Desta forma, para o primeiro objetivo geral - *Desenvolver competências enquanto EESIP, contribuindo para uma cultura de segurança dos cuidados* -, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: contribuir para uma cultura de segurança de cuidados a doentes pediátricos, elaborando um documento que justifique a aquisição de material para administrações entéricas; sensibilizar os pais/responsáveis das crianças/jovens que recorrem ao SUP, sobre a administração de soro para reidratação oral com seringa.

Para atingir o primeiro objetivo específico, inicialmente foi realizada pesquisa bibliográfica, que permitisse a construção do documento. Posteriormente procedeu-se à elaboração do documento (Apêndice XXXVIII), tendo o mesmo sido entregue à Sr.^a Enfermeira Orientadora e à Sr.^a Enfermeira Chefe.

No decorrer do estágio, foi constatado que o SUP, serviço de referência e de primeira linha de atuação na prestação de cuidados hospitalares, não dispõe de material específico para preparação e administração de medicação por via entérica, nomeadamente seringas e sondas para este efeito. De facto, o que se verifica, é a existência de seringas, com vários volumes, de utilização geral, que têm como finalidade tanto a administração de medicação endovenosa, como oral, o que aumenta exponencialmente a probabilidade de ocorrência do erro de medicação em pediatria.

Havendo conhecimento, e tendo sido detetado um factor de risco que aumenta a ocorrência de erros em pediatria, nomeadamente a carência de material específico para administração de medicação entérica, considerou-se importante refletir sobre o tema, e efetivamente ponderar, se o custo associado à aquisição do material, justifica e compensa a ocorrência de erros, potencialmente fatais. As recomendações da The Joint Commission quanto a este tema são bastante específicas, havendo a recomendação expressa de: “Use oral syringes to administer oral medications. The pharmacy should use oral syringes when preparing oral liquid medications. Make oral syringes available on patient care units when “as needed” medications are prepared. Educate staff about the benefits of oral syringes in preventing inadvertent intravenous administration of oral medications.” (The Joint Commission, 2008, p.1)

De facto, uma das razões que levou a que os estágios desta UC fossem todos realizados no mesmo hospital, passou por este ser um hospital acreditado, com elevados padrões de exigência, sendo notório o esforço e os protocolos implementados, com base nas recomendações da The Joint Commission, com o objectivo de redução dos riscos associados à ocorrência de erros de medicação. Nomeadamente, a distinção na medicação LASA (Look-Alike/Sound-Alike), o sistema de prescrição informático, o sistema de notificação de eventos adversos, as formações realizadas frequentemente aos profissionais de saúde, pelo Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente, entre outros. No entanto, considera-se que seria crucial a aquisição de material entérico, para todo o departamento de Pediatria do hospital, reforçando as medidas já implementadas, e contribuindo para a redução significativa do risco de ocorrência de erros de medicação em pediatria.

O segundo objetivo específico - *Sensibilizar os pais/responsáveis das crianças/jovens que recorrem ao SUP, sobre a administração de soro para reidratação oral com seringa* -, foi alcançado através da elaboração de um folheto informativo (Apêndice XXXIX), para ser entregue aos pais/responsáveis, sempre que houvesse necessidade de ser administrado soro para reidratação oral com seringa. Também se produziu uma etiqueta (Apêndice XL) para colar no copo onde é preparado o soro para reidratação oral, com os principais cuidados a ter.

Para o segundo objetivo geral - *Desenvolver competências, enquanto EESIP, na prestação de cuidados à criança e família, nos diferentes contextos da prática* -, foi estabelecido como objetivo específico: colaborar na prestação de cuidados à criança/jovem e família, que recorre ao SUP, no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados ao utente pediátrico. Durante o estágio, houve oportunidade de inicialmente observar, mas, numa fase posterior, colaborar com os membros da equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança/jovem em contexto de urgência, nomeadamente na triagem, seguindo o protocolo da Triagem de Manchester, bem como na sala de tratamentos e sala de observação.

As crianças/jovens, encontravam-se sempre acompanhadas por um adulto, sendo este, normalmente um dos pais. Ao longo das várias observações e contacto com estas famílias, foram constatados vários tipos de reações e atitudes, tanto por parte dos pais, como das crianças. Este tipo de reações é distinto consoante a faixa etária, e o motivo pelo qual recorreram a um SUP, o que implica que a equipa de enfermagem esteja constantemente apta a lidar com todas estas emoções e sentimentos. Neste sentido, foi realizada uma reflexão segundo o ciclo de Gibbs (Apêndice XLI).

Especificamente no posto da triagem, foram observadas reações menos positivas pelos pais, quando após descreverem o motivo que os levou a recorrer ao SUP, lhes é atribuída a pulseira verde.

Assim, foi fundamental o acompanhamento constante por um elemento da equipa de enfermagem, nomeadamente, pela Sr.^a Enfermeira Orientadora, permitindo a identificação do papel do EESIP na equipa, sendo a triagem, um dos postos onde a intuição do enfermeiro perito pode ser fundamental, uma vez que este com “*enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente os problemas sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis*” (Benner, 2001, p.58). Segundo Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida (2016) os enfermeiros peritos tendem a envolver-se mais com o doente, e a darem uma grande importância às emoções na sua prática.

Também no decorrer do estágio no SUP, houve a oportunidade de transferência de conhecimentos, nomeadamente na prestação de cuidados a recém-nascidos. Nestas situações, houve a oportunidade de transmissão de conhecimentos a colegas com menos experiência nesta faixa etária.

Finalmente, importa aqui, evidenciar quais as competências específicas do EESIP, que são consideradas terem sido aprofundadas e desenvolvidas, nomeadamente: “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19193), através da transmissão de conhecimentos e aprendizagens de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; da procura sistemática de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; da utilização de informação existente ou avaliação da estrutura e contexto do sistema familiar (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19193); “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19193), através da avaliação de conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde; da promoção para a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19193); “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p.19193), através da mobilização de conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória; e demonstrando conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório, correspondente ao culminar do percurso percorrido, permitiu a mobilização e reflexão crítica dos vários conhecimentos adquiridos durante este processo, resultantes da aprendizagem clínica e da investigação aplicada.

Ao longo dos quatro contextos de estágio (Cuidados de Saúde Primários, Neonatologia, Internamento de Pediatria e Urgência Pediátrica), houve a possibilidade de desenvolvimento e implementação de atividades, que permitiram a aquisição e sedimentação de competências no âmbito de atuação do EESIP, ao nível da prestação de cuidados, gestão, investigação e formação. Desta forma, foi possível dar resposta aos objetivos, gerais e específicos, propostos. Optou-se por enunciar as competências desenvolvidas em cada um dos diferentes locais de estágio, de forma a relacioná-las com o respetivo contexto, e com as atividades desenvolvidas.

Procurou-se, com a elaboração deste documento, espelhar o percurso desenvolvido, descrevendo-se, não só cada uma das atividades, mas também a sua justificação e respetiva fundamentação, considerando-se este, um documento baseado na evidência científica. Cada uma das atividades descritas, bem como as experiências ao longo dos vários contextos, contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Destaca-se a importância do acompanhamento por um referencial teórico que norteasse o percurso, e consecutivamente o desenvolvimento de atividades. Neste sentido, o MPS, de Nola Pender, foi essencial para fundamentar e estimular comportamentos de promoção de saúde, ao fornecer uma estrutura simples e clara que pode ser utilizada pelo enfermeiro para planear, intervir e avaliar intervenções no âmbito da promoção de saúde. Assim, verificou-se a oportunidade de promoção de iniciativas educativas, de apoio e de formação, não só aos enfermeiros, mas também, aos pais/família, com o objetivo de estes proporcionarem melhores cuidados à criança/jovem. Especificamente, ao longo dos quatro contextos, foram

desenvolvidas atividades no âmbito da promoção da segurança na medicação ao doente em idade pediátrica.

Efetivamente, a promoção da segurança na medicação foi a temática que orientou todo o percurso, tendo sido selecionada por ser uma área de interesse pessoal, mas também, por ser considerada de extrema importância para a prestação de cuidados em pediatria, sendo urgente a implementação de medidas efetivas que previnam a ocorrência de erros. De facto, e apesar dos dados existentes, julga-se que não tem sido dada a devida importância aos erros de medicação, especialmente na população pediátrica, pois apesar das notificações e medidas implementadas, os erros continuam a ocorrer. A medicação, é utilizada para ter um final benéfico, no entanto, pode apresentar danos e efeitos fatais, caso seja utilizada de forma inadequada. Cabe aos enfermeiros, responsáveis pelas etapas de preparação e administração de medicação, encontrar e implementar soluções sustentáveis que deem resposta a esta problemática. Designadamente o EESIP, ao assumir um papel preponderante no seio da equipa de enfermagem, tem o dever de considerar este um dos temas prioritários na sua atuação.

De facto, ao longo dos estágios, foi verificado que as equipas de enfermagem, e nomeadamente os EESIP, atribuíam importância e, consideravam a promoção da segurança na medicação prioritária na prestação de cuidados, pois os riscos de ocorrência de erros são bastante elevados, e quem trabalha em pediatria tem nitidamente esta percepção. Neste sentido, a adesão às atividades realizadas foi notória, havendo determinação para a mudança de comportamentos, que promovam a melhoria contínua da prestação de cuidados. Assim, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EESIP, contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, constituindo-se como elemento importante “A existência de uma política de formação contínua dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade;” (Regulamento n.º 351/22 de junho, 2015, p.16664).

Contudo, principalmente em contexto hospitalar, os enfermeiros consideraram que uma das principais barreiras para a mudança de comportamento e implementação de novas estratégias, se encontrava a nível organizacional. De facto, por um lado, considera-se que foi bastante positivo realizar os três estágios de contexto hospitalar no mesmo hospital, permitindo uma melhor percepção do percurso que as crianças/jovens e famílias podem fazer dentro do hospital, passando pela UCERN, Unidade Cuidados Intermédios Pediátricos e SUP. Também o facto de este ser um hospital acreditado, permitiu ter a noção da

transversalidade da prestação de cuidados ao doente pediátrico, e da relevância que é dada à segurança na medicação nos vários serviços. Por outro lado, houve a dificuldade de implementação de determinadas atividades, efetivamente pela burocracia exigida ao nível da gestão hospitalar. Pelo contrário, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, as atividades desenvolvidas que necessitavam de aprovação superior, foram aprovadas em tempo útil de estágio, em Conselho Geral da USF.

Importa mencionar que, todas as atividades desenvolvidas, nomeadamente os documentos elaborados que se encontram em Apêndices e Anexos do presente relatório, bem como a bibliografia consultada, foram facultados a cada um dos contextos de estágio onde foram desenvolvidos.

Sugere-se para a prática, dar maior visibilidade ao MPS de Nola Pender, de forma a justificar intervenções com o objetivo de promover comportamentos promotores de saúde.

Por fim, o impulso gerado pelas atividades desenvolvidas e interesse pela temática, levou à participação, juntamente com três Pediatras e uma Farmacêutica, num concurso de ideias inovadoras, organizado pelo grupo hospitalar onde foram realizados os três últimos estágios. A proposta de ideia consistiu na atualização do sistema de prescrição informático, com base nas especificidades dos doentes pediátricos (idade; peso), e tendo em consideração as sugestões da evidência científica. Entre os 500 participantes, a ideia proposta ficou em 2º lugar, com menção honrosa, e conseqüente desenvolvimento do projeto.

Após as atividades desenvolvidas nos três últimos estágios, surgiu o convite, por parte do Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente, para realizar e apresentar uma sessão de formação dirigida à comunidade hospitalar sobre a dupla confirmação.

Em suma, este percurso, e consecutivamente, este relatório, não funciona como o culminar de um percurso, mas sim como ponto de partida, para um futuro como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que terá de ser pautado pela atualização constante, e pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados, em prol das crianças/jovens e famílias.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Algren, C. (2006). Cuidado Centrado da Família da Criança Durante a Doença e a Hospitalização. In Hockenberry, M., *et al*, Wong *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7.^a edição) (p. 637-705). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Alsulami, Z., Choonara, I. & Conroy, S. (2014). Paediatric nurses' adherence to the double-checking process during medication administration in a children's hospital: an observational study. *Journal of Advanced Nursing*. 70(6), 1404-1413.
- Alsulami, Z., Choonara, I. & Conroy, S. (2012). A Systematic Review Of The Effectiveness Of Double Checking In Preventing Medication Errors. *Archives of Disease in Childhood* . 97, 1-21.
- Alligood, M., & Tomey, A. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua obra. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
- Alomari, A., Wilson, V., Davidson, P. & Lewis, J. (2015). Families, nurses and organisations contributing factors to medication administration error in paediatrics: a literature review. *International Practice Development Journal*, 5(1), 1-14.
- Anjos, R., Bandeira, T. & Marques, J. (2004). *Formulário de Pediatria*. (3^a Edição). Lisboa: Revista Actualizada.
- Bannan, D. & Tully, M. (2016). Bundle interventions used to reduce prescribing and administration errors in hospitalized children: a systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 41, 246-255.
- Belela, A., Pedreira, M. & Peterlini, M. (2011). Erros de medicação em Pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 563-569.
- Benner, P. (2001) – *De iniciado a perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Campino, A., Santesteban, E., Pascual, P., Sordo, B., Arranz, C., Unceta, M. & Lopez-de-Heredia, I. (2016). Strategies implementation to reduce medicine preparation error rate in neonatal intensive care units. *European Journal of Pediatrics*, 175, 755-765.
- Campino *et al*, (2016). Medicine preparation errors in ten Spanish neonatal intensive care units. *European Journal of Pediatrics*, 175, 203-210.
- Carta de Ottawa (1986). 1ª Conferência Internacional Sobre a Promoção de Saúde. Canadá. Recuperado de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx>
- Conroy, S., Davar, Z. & Jones, S. (2012). Use of checking systems in medicines administration with children and young people. *Nursing Children and Young People*. 24(3), 20-24.
- Cordeiro, R. (2016). O Cuidar Culturalmente Competente à Criança, ao Jovem e Família com Doença Crónica (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.
- Corrigan, J., Donaldson, M., Kohn, L., McKay, T. & Pike, K. (1999). To Err is Human: Building a Safer Health System. *National Academy Press*, 1-8.
- Costa, D., *et al*. (2016) O brincar na assistência de enfermagem à criança – revisão integrativa. *Revista Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*, 16(1), 36-43.
- Coutinho, E. & Parreira, V. (2011). Outra Forma de Olhar a Mãe Imigrante numa Situação de Transição. *Millenium*, 40, 83-97.
- Decreto-Lei n.º 281/09 de 6 de outubro. (2009). *Diário da República, 1.ª série*, N.º 193 (6 de outubro de 2009). 7298-7301.
- Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho. (2017). *Diário da República, 1.ª série*, N.º 118 (21 de junho de 2017). 3128-3140.
- Despacho n.º 1400-A/2015. (2015). Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República, 2.ª série*, N.º 28 (10 de fevereiro de 2015). 3882-(10).
- Diaz, Z., Fernandes, S. & Correia, S. (2014). Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (3), 85-93.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional.

Pensar Enfermagem, 20(2), 26-47.

- Direção-Geral de Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa, Portugal.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes. Uma Abordagem Prática*. Lisboa: LIDEL.
- Ginsburg, K. (2007). The importance of Play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *American Academy of Pediatrics*, 119(1), 182-191.
- Henriques, T. (2011). O Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro – Criança. Hospital dos Pequeninos (Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Hardmeier, A., Tsourounis, C., Moore, M., Abbott, W. & Guglielmo, J. (2014). Pediatric medication administration errors and workflow following implementation of a bar code medication administration system. *Journal for Healthcare Quality*, 36(4), 54-63.
- Hockenberry, M *et al.* (2006). *Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica*. (7.^a edição). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice*. United Kingdom: Nelson Thomee Ltd.
- Joanna Briggs Institute (2014). *Reviewers' Manual*. The University of Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Joint Commission International (2017). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*. (7.^a edição). Estados Unidos da América: Joint Commission International.
- Koumpagioti, D., Varounis, C., Kletsiou, E., Nteli, C. & Matziou. (2014). Evaluation of the medication process in pediatric patients: a meta-analysis. *Jornal de Pediatria*, 90(4), 344-355.
- Kishimoto, M., (2005). O jogo e a educação infantil. In *Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação* (8.^a ed., p. 105-128). São Paulo: Cortez.
- Lei n.º156/2015 de 16 de setembro. (2015). *Diário da República*, 1.^a série, N.º 181 (16 de setembro de 2015). 8059-8105.

- Lillard, A. S. (2015). The Development of Play. In *Handbook of Child Psychology and Developmental Science* (7^a ed., capítulo 11, pp. 1-44). New York: John Wiley & Sons Inc.
- Maaskant, J. *et al.* (2015). Interventions for reducing medication errors in children in hospital (Review). The Cochrane Library. 1-63.
- Machado, A., Nóbrega, V., Silva, M., França, D., Relchert, A. & Collet, N. (2018). Chronic disease in children and adolescents: professional-family bond for the promotion of social support. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 39, 1-8.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory*. New York: Springer Publishing Company.
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa, Portugal.
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa, Portugal (Orientação n.º010/2013).
- Neuspiel, D. & Taylor, M. (2013). Reducing the Risk of Harm From Medication Errors in Children. *Health Services Insights*, 6, 47-59.
- Nursing Theory (2016). Recuperado de <http://www.nursing-theory.org/theories-and-models/pender-health-promotion-model.php>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica I Volume. *Cadernos da OE*. N.º 3, Série 1. 1-136.
- Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. (6^a edição). New Jersey: Pearsons.
- Pereira, A. (2009). *Práticas Centradas na Família em Intervenção Precoce: Um Estudo Nacional sobre Práticas Profissionais*. Universidade do Minho, Instituto de Estudos da Criança. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho. 1-290.
- Pinto, M. (2009). Vigilância do Desenvolvimento Psicomotor e Sinais de Alarme. *Revista Portuguesa Clinica Geral*. 25. 677-87.
- Póvoas, M., *et al.* (2013). O brincar da criança em idade pré-escolar. *Acta Pediátrica Portuguesa*, (44), 108-112.
- Prot-Labarthe, S., Weil, T., Angoulvant, F., Boulkedid, R., Alberti, C. & Bourdon, O. (2014). POPI (Pediatrics: Omission of Prescriptions and Inappropriate Prescriptions): Development of a Tool to Identify Inappropriate Prescribing. *Plos one*, 9(6), 9-10.

- Queiroz, N., Maciel, D. & Branco, A. (2006). Brincadeira e Desenvolvimento Infantil: um Olhar Sociocultura Construtivista. *Paidéia*, 16(34), 169-179.
- Ramos, A., *et al.* (2012). Brincar...essencial ao desenvolvimento: os olhares atentos dos Enfermeiros. *Revista Percursos*, 26, 40-60.
- Regulamento n.º 422/12 de julho. (2018). *Diário da República n.º 133, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 351/22 de junho. (2015). *Diário da República n.º 119/15, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Rogers, J., Sebastian, S., Cotton, W., Pippin, C. & Merandi, J. (2016). Reduction of immunization errors through practitioner education and addition of age-specific alerts in the electronic prescribing system. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 73(3), 74-79.
- Ruano, M., Villamañán, E., Pérez, E., Herrero, A. & Álvarez-Sala, R. (2016). New Technologies as a strategy to decrease medication errors: how do they affect adults and children differently? *World Journal of Pediatrics*, 12(1), 28-34.
- Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.
- Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Siebert, J. et al. (2017). A Mobile Device App to Reduce Time to Drug Delivery and Medication Errors During Simulated Pediatric Cardiopulmonary Resuscitation: A Randomized Controlled Trial. *Journal Of Medical Internet Research*. 19(2). Consultado a 19 de Setembro de 2018. Medline with full text. Recuperado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=12&sid=7f0f8b7b-fe37-4916bbcc3be81e80cbd8%40sessionmgr4010&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2lZT1laG9zdC1saXZl#AN=28148473&db=mdc>
- The Joint Commission (2008). *Sentinel event alert: preventing pediatric medication errors*. Recuperado de: [http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_39.htm?print=yes\[9/20/2010 11:54:27 AM\]](http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_39.htm?print=yes[9/20/2010 11:54:27 AM])
- Thomson Reuters (2011). *Neofax*. Montvale: Thomson Reuters.

- Universidade Católica Portuguesa (2018) – Guiada da Unidade Curricular – A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, Portugal
- Universidade Católica Portuguesa (2018) – Guia de Estágio Final e Relatório. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, Portugal.
- Victor, J., Lopes, M. & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista Enfermagem*. 18(3), 235-240.
- Volpato, B., Wegner, W., Gerhardt, L., Pedro, E., Cruz, S. & Bandeira, L. (2017). Erros de Medicação em Pediatria e Estratégias de Prevenção: Revisão Integrativa. *Cogitare Enfermagem*. 22(1),1-14.
- Wimmer, S., Neubert, A. & Wolfgang, R. (2015). The Safety of Drug Therapy in Children. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112, 781-787.

Sítios Oficiais consultados:

- <http://www.arslvt.min-saude.pt/>
- <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

ANEXOS

Anexo I – Folheto da DGS “Extração e Conservação de Leite Materno”



CONTACTOS ÚTEIS

Centro Saúde: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____
 Caminho Amamentação _____

Este destacável pode ser colocado:

- No Boleim de Saúde do seu filho
- Afixado no frigorífico
- No Infantário do seu bebé
- Em casa da ama que cuida do seu bebé

Links úteis de apoio às mães:

- www.saudeproduativa.dgs.pt
- www.amamentar.net
- www.mamamater.org
- www.sosamamentacao.org



CONTACTOS ÚTEIS

Centro Saúde: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____
 Caminho Amamentação _____

Este destacável pode ser colocado:

- No Boleim de Saúde do seu filho
- Afixado no frigorífico
- No Infantário do seu bebé
- Em casa da ama que cuida do seu bebé

Links úteis de apoio às mães:

- www.saudeproduativa.dgs.pt
- www.amamentar.net
- www.mamamater.org
- www.sosamamentacao.org

PARA FACILITAR A EXTRACÇÃO DO LEITE

- Escolha um local e momento adequados, procure relaxar, beba uma bebida morna, oiça música, olhe para o seu bebé (ou para uma foto dele).
- Pode massajar, suavemente a mama com os nós dos dedos, ou tocar levemente com as pontas dos dedos, em movimentos circulares e também em volta da aréola na direcção do mamilo.



UNICEF - UN Baby Friendly Initiative

LAVAGEM/ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS

- Os materiais utilizados na extracção e no armazenamento podem ser lavados na máquina da loiça, ou sob água corrente e sabão (não utilize detergentes concentrados);
- Devem ser bem enxaguados com água corrente e em seguida fervidos ou esterilizados.

É fundamental que lave as mãos, antes de extrair o leite, e sempre que manusear os materiais.

ALTERNATIVAS PARA EXTRAIR LEITE MATERNO

- Cada mãe deve escolher o material que melhor se adapta a si.
- As máquinas e os cones quando adaptados à mama, deverão permitir a maior eficácia, com um mínimo de desconforto.
- No mercado existem muitos modelos disponíveis.



Se o seu bebé nasceu doente ou prematuro, confirme com os profissionais de saúde os prazos de conservação praticados e os procedimentos do Serviço

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ruth A. Lawrence, Robert M. Lawrence *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*, Hancock, 2005
- Linda A. Gale *Storage of expressed breast milk in the home*, *MIDWIFERY* May/July Digest, vol 13, sep 2003, p 375-385
- Montacher N, Stock J 2003. *The Breastfeeding Answer-Book* (3ª Ed.). La Leche League International
- The Breastfeeding Network
- The Academy of Breastfeeding Medicine, Protocol #8: Human milk storage information for home use for healthy full-term infants.
- Wainwright LD: *Human Milk Storage for Healthy Infants and Children*, Souditch, MA, Health Education Associates Inc., 2002.



EXTRACÇÃO E CONSERVAÇÃO DE LEITE MATERNO



Quando necessário é possível recolher e conservar o leite materno em casa!

ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO

Pode conservar leite materno no frigorífico ou no congelador, em recipientes próprios para alimentos:

- ✓ Sacos de congelação, para curtos períodos de tempo (72h).
- ✓ Recipientes de plástico rígido ou vidro, com tampa, para períodos de tempo alargados.

Quando não dispuser de frigorífico, ou precisar de transportar o seu leite:

- Utilize um saco térmico;
- Renove o gelo a cada 24h;
- Proteja o leite do contacto directo.

Com muitas aberturas da porta a temperatura do frigorífico torna-se menos estável

Pode ir extraindo leite, mas:

- Conserve as pequenas porções, no frio em diferentes recipientes;
- O seu leite é precioso, logo que obtenha a quantidade desejada, congele-o;
- Pode ser congelado mesmo se permaneceu 48h no frigorífico;
- Nunca junte leite recém extraído ainda morno ao leite já frio ou congelado;
- Identifique os recipientes e registre a data de cada congelação;
- Mantenha todos os outros alimentos em caixas fechadas, para não contaminarem o seu leite.

RECOMENDAÇÕES PARA DESCONGELAÇÃO

Quando pretender descongelar leite:

- Consuma em 1º lugar, o guardado há mais tempo;
- Prefira uma descongelação lenta dentro do frigorífico;
- Leite materno descongelado:
 - consuma nas 24h seguintes;
 - não recongele;
- O microondas continua a não estar indicado para descongelar ou amornar o leite humano;
- Se for imperioso, acelerar a descongelação pode colocar o recipiente sob água corrente, primeiro "fria" depois morna, mas esse leite será válido apenas para consumo imediato;

■ Inutilize:

- leite amornado, não consumido
- leite com mau odor

PARA A ALIMENTAÇÃO DO BEBÉ/LACTENTE

- O leite materno pode ficar com um aspecto cremoso e espesso no cimo, e aquoso em baixo, pelo que antes de ser consumido deve ser suavemente homogeneizado até que as duas partes se misturem;
- O leite materno pode ser oferecido, à temperatura ambiente, ou ligeiramente amornado;
- Pode ser oferecido por copinho, pequena colher ou biberão.

EXTRACÇÃO MANUAL DO LEITE MATERNO

Para recolher o seu leite apenas precisará de uma taça esterilizada ou escaldada.

Instale-se confortavelmente e siga estes passos:

- Faça um "C" com a sua mão, colocando o polegar acima da areola e o indicador abaixo;



The Breastfeeding Manual

- Mantenha a mama pressionada contra as suas costelas;
- Pressione, com o polegar e o indicador ao mesmo tempo;
- Em seguida alivie a pressão...
- Pressione novamente e...
- Volte a aliviar, repetindo estes passos num movimento rítmico.

Informações úteis:

- Evite que os seus dedos deslizem sobre a pele e saiam do lugar inicial;
- Quando o leite gotejar em menor quantidade experimente rodar gentilmente a posição da mão e extrair leite de outra área da mama;
- Ir alternando uma e outra mama pode facilitar a saída do leite;
- Com a prática a extração será mais fácil e mais eficaz;
- Alternar a hora do dia também pode ajudar;
- Extrair leite durante a noite contribui para aumentar a produção de leite.

CONSERVAÇÃO SEGURA DE LEITE MATERNO, EM CASA	
LEITE RECEM EXTRAÍDO (fresco)	Tempo máximo 6/8 horas
A temperatura ambiente (se <25°C)	
LEITE REFRIGERADO	Tempo máximo 8 dias
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (0/4º C)	
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (4/10º C)	3/5 dias*
*Se temp. >5°C depois 3º dia, consumir 0 h seguintes	
LEITE CONGELADO	Tempo máximo 2 semanas
No congelador (dentro do frigorífico)	
No congelador (separado-Tipo Combi)	3/6 meses
No congelador (dentro do frigorífico)	+ 6 meses
Na arca frigorífica (-19°C ou + baixo)	Tempo máximo 12/24 horas
DESCONGELAÇÃO DO LEITE	
Descongelado dentro do frigorífico	
Descongelado fora do frigorífico	Imediato

CONSERVAÇÃO SEGURA DE LEITE MATERNO, EM CASA	
LEITE RECEM EXTRAÍDO (fresco)	Tempo máximo 6/8 horas
A temperatura ambiente (se <25°C)	
LEITE REFRIGERADO	Tempo máximo 8 dias
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (0/4º C)	
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (4/10º C)	3/5 dias*
*Se temp. >5°C depois 3º dia, consumir 0 h seguintes	
LEITE CONGELADO	Tempo máximo 2 semanas
No congelador (dentro do frigorífico)	
No congelador (separado-Tipo Combi)	3/6 meses
Na arca frigorífica (-19°C ou + baixo)	+ 6 meses
DESCONGELAÇÃO DO LEITE	Tempo máximo 12/24 horas
Descongelado dentro do frigorífico	
Descongelado fora do frigorífico	Imediato

Anexo II - Folheto da DGS “Amamentação – Como resolver pequenos problemas”

Se...

Vai ser mãe

Se...

Já tem um bebé

Se...

**Decidiu amamentar
o seu bebé**

Precisa

**Saber mais sobre o
aleitamento materno
e como cuidar de si!**

**AMAMENTAR O SEU BEBÉ É
DAR-LHE O MELHOR E MAIS
EQUILIBRADO INÍCIO DE VIDA...**

Para si que decidiu amamentar o seu
bebé, este é um momento muito
especial entre ambos.

Não se esqueça de si própria e das
suas necessidades, o que trará
benefícios para ambos.

CONTACTOS ÚTEIS

- **Mama Mater** - Associação pró
Aleitamento Materno de Portugal
www.mamamater.org

TM: 960047000 ou 917557950

- **SOS Amamentação**

www.sosamamentacao.org.pt

TM: 213 880 915 ou 934 169 466

- **Contacto do Cantinho da**

Amamentação do seu Centro de Saúde



Direção-Geral da Saúde
Programa Nacional de Saúde Reprodutiva

Amamentação



**Como resolver
pequenos problemas**

INGURGITAMENTO

Quando se dá a “descida” do leite (2.º a 3.º dia), as mamas podem ficar tensas, quentes e dolorosas. A temperatura da mulher pode elevar-se até 38° C durante 24 horas.

Como prevenir

- Iniciar a amamentação logo após o parto;
- Assegurar que o bebé pega bem na mama;
- Dar de mamar em horário livre (sempre que o bebé quiser).

Como tratar

- Aplicar compressas quentes ou chuveiro com água morna e massajar suavemente a pele com movimentos circulares em relação ao mamilo;
- Colocar o bebé a mamar primeiro na mama mais cheia;
- Se a mama continuar congestionada após amamentar, deve esvaziá-la manualmente ou com a ajuda de bomba extractora de leite, até sentir-se bem;
- No final, aplicar compressas frias ou gelo protegido por 5 minutos, suspender por 2 minutos e voltar a aplicar por mais 5 minutos;
- Na mamada seguinte repetir o procedimento anterior na outra mama.

MAMILOS GRETADOS

O mamilo pode ficar dorido e com fissuras logo na primeira semana de aleitamento tornando a amamentação dolorosa para a mãe.

Como prevenir

- Assegurar que o bebé pega bem na mama;
- Aplicar algumas gotas (2 a 3) de leite materno no mamilo e aréola e/ou pomada cicatrizante, após o banho e cada mamada;
- Evitar a utilização de discos absorventes impermeáveis;
- Não interromper a mamada, deixar que seja o bebé a fazê-lo. Caso tenha mesmo de interromper, deve colocar suavemente um dedo na boca do bebé de modo a interromper a sucção;
- Lavar os mamilos apenas uma vez por dia, no decorrer da higiene diária.

Como tratar

- Iniciar a amamentação pelo mamilo não doloroso;
- Continuar a aplicar algumas gotas (2 a 3) de leite materno no mamilo e aréola, e esperar que seque.

MASTITE (MAMA INFLAMADA)

A mastite pode ser ou não de origem infecciosa. A mastite não infecciosa pode ser devida ao bloqueio de ductos (canais por onde passa o leite). A mastite infecciosa surge quando há entrada de microrganismos através de mamilos gretados. Nos dois casos, parte da mama fica avermelhada, quente, inchada e muito dolorosa. A mulher tem febre alta e mal-estar. Na mastite não infecciosa os sintomas passam em 24 horas, o que não acontece na infecciosa, em que há agravamento dos mesmos.

Como prevenir

- Tratar o ingurgitamento e os mamilos gretados;
- Evitar a compressão excessiva da mama com os dedos durante a amamentação;
- Evitar roupas que comprimam a mama.

Como tratar

- Continuar a amamentar;
- Pode começar pela mama não afectada;
- Após a mamada, esvaziar manualmente ou com bomba o lado afectado;
- Aplicar compressas frias como no engurgitamento;
- Consultar a enfermeira ou médico;
- Repousar.

APÊNDICES

Apêndice I – Poster “Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria: Scoping Review” e Certificado de presença no 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”

Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria: Scoping Review

Introdução

Apesar de décadas de investigação sobre implementação de medidas de segurança, ainda não foram identificadas soluções sustentáveis para prevenir os erros de medicação.

Koumpagioti, Varounis, Kletsiou, Nteli e Matziou (2014) citam Kaushal *et al.* (2001) e Miller, Robinson, Lubomski, Rinke e Pronovost (2007), referindo que a maioria dos erros de medicação em crianças ocorrem nas etapas de prescrição e administração de medicamentos. Belela, Pedreira e Peterlini (2011) citam Lesar, Mitchell e Sommo (2006), confirmando que é particularmente comum, e com elevado risco associado, a prescrição ou administração de uma dose dez vezes superior ou inferior à adequada para a idade e peso da criança. Este tipo de erro, compreende 15% de todos os erros de prescrição relacionados com a dose do medicamento (Hicks, Becker e Cousins, 2006 citados por Belela, Pedreira e Peterlini, 2011). Também Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015) citam Keers *et al.* (2013) e enfatizam que 26,9% dos erros em doentes pediátricos, estão associados à fase de administração de medicação.

Toma-se, portanto, vital identificar quais as estratégias que permitam uma abordagem efetiva com vista à prevenção de erros de medicação em Pediatria.

Objetivo

Identificar que estratégias são utilizadas para prevenir os erros de medicação em Pediatria.

Palavras-Chave: erro de medicação; intervenções de enfermagem; cuidados pediátricos.

Metodologia

- **Scoping Review**, segundo a metodologia JBI;
- Questão de investigação com base na classificação PCC (*Population; Concept; Context*) – “**Quais as Estratégias utilizadas para prevenir os erros de medicação em Pediatria?**”, sendo P – Estudos que incluíam a criança/jovem até aos 18 anos de idade; C – Estudos que identifiquem estratégias utilizadas por Profissionais de Saúde para prevenir os erros de medicação; C – Estudos que incluíam serviços de saúde onde seja administrada medicação.
- **Bases de dados:** SciELO, Biblioteca do Conhecimento Online (b-on); MEDLINE Complete; CINAHL complete; Nursing & Allied Health Collection; Comprehensive; Cochrane Database of Systematic Reviews;
- Artigos entre 2013-2018; disponíveis em texto completo nos idiomas Português e Inglês.



Resultados

A literatura analisada permitiu identificar as principais estratégias recomendadas para prevenir os erros de medicação. No geral foram unânimes e não houve muita disparidade de medidas identificadas, o que facilitou o agrupamento em categorias para mais fácil compreensão dos resultados. A estratégia mais referenciada foi a utilização do **Sistema de Prescrição Informático** (63,6%). De seguida, em 54,5% dos artigos (6), foi focada a utilização de um **Sistema Código de Barras**, seguindo-se 5 artigos (45,4%) que mencionaram a importância da **Formação** dos Profissionais de Saúde. A elaboração e cumprimento de **Protocolos Hospitalares** foi sugerida em 4 artigos (36,3%). A integração de **Farmacêuticos nos serviços de Pediatria** foi apontada como estratégia a utilizar em 3 artigos (27,2%). Também o **Sistema de Notificação de Eventos Adversos** e a **Dupla Confirmação**, foram mencionados em 2 dos 11 artigos (18,1%). As restantes estratégias relativas ao **Sistema de Dose Unitária** e **Aplicação para Dispositivos Móveis**, apenas foram mencionadas em 1 artigo cada uma (9%).

Discussão

Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015), Belela, Pedreira e Peterlini (2011) e Volpato, Wegner, Gerhardt, Pedro, Cruz e Bandeira (2017) referem que as organizações devem implementar políticas e diretrizes adequadas, nomeadamente ao nível da formação e suporte educacional contínuo, bem como o acesso a tecnologia de apoio. Efetivamente a maioria dos artigos analisados enfatizam tanto a formação dos profissionais, como o recurso e a utilização de tecnologia de apoio, nomeadamente o sistema de prescrição informático e o sistema de código de barras, como estratégias a implementar. Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala (2016) corroboram com este dado, alertando que o sistema de prescrição informático deve incluir suporte à decisão. Embora os estudos em doentes pediátricos demonstrem taxas de redução de erros variadas, o sistema de prescrição informático foi considerado bem-sucedido, e agora é identificado como a principal estratégia para prevenir os erros na prescrição (Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala, 2016, citando Fortescue *et al.*, 2003, e Conroy *et al.*, 2007). Apesar das vantagens comprovadas da utilização de novas tecnologias, uma das limitações e principal falha identificada, é a falta de interação entre os vários dispositivos (Villamañán *et al.* 2013, citado por Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala, 2016). Volpato, Wegner, Gerhardt, Pedro, Cruz e Bandeira (2017) corroboram com as estratégias identificadas, sugerindo ainda o uso de simulação clínica.

Conclusão

A análise dos estudos demonstrou uma grande lacuna na identificação de estratégias de prevenção nas etapas de preparação e administração de medicação. Conclui-se também que, apesar de existirem diversos estudos sobre o tema, a maioria são de baixa qualidade e poucos identificam com clareza e de forma detalhada a utilização das estratégias de prevenção em cada etapa do processo de medicação, considerando-se portanto, de extrema importância a realização de mais estudos experimentais, nomeadamente a nível nacional. Com esta revisão, pretende-se reforçar a importância do papel dos enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, na identificação e implementação de novas estratégias. A par com a criação de protocolos, importa também existir uma política organizacional que dê destaque à formação contínua dos profissionais, promovendo a constante atualização e consolidação de conhecimentos, garantindo a excelência de cuidados que promovam a segurança do doente pediátrico, seja qual for o contexto.

Alomari, A., Wilson, D., Davidson, P. & Lewis, J. (2015). Families versus staff organizational strategies to reduce medication administration errors in paediatric inpatient settings: a systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 41, 243-250. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2014.04681.x>

Belela, A., Pedreira, A., Faria, A., & Peterlini, M. (2011). Erros de medicação em Pediatria. *Actas Brasileiras de Otorrinolaringologia*, 55(1), 10-15. <https://doi.org/10.1590/S0001-37582011000100002>

Conroy, D. et al. (2007). Reducing medication errors in the hospital inpatient setting: a systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 32, 243-250. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01881.x>

Fortescue, T. B., et al. (2003). Reducing medication errors in the hospital inpatient setting: a systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 28, 243-250. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2003.01111.x>

Koumpagioti, M., Varounis, S., Kletsiou, E., Nteli, M., & Matziou, G. (2014). Medication errors in children: a systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 39, 243-250. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2013.04681.x>

Miller, F. G., Robinson, J. R., Lubomski, J., Rinke, J., & Pronovost, P. M. (2007). Reducing medication errors in the hospital inpatient setting: a systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 32, 243-250. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01881.x>

Peterlini, M., Belela, A., Faria, A., & Pedreira, A. (2011). Erros de medicação em Pediatria. *Actas Brasileiras de Otorrinolaringologia*, 55(1), 10-15. <https://doi.org/10.1590/S0001-37582011000100002>

Ruano, J., Villamañán, P., Pérez, H., Herrero, E., & Álvarez-Sala, A. (2016). Reducing medication errors in the hospital inpatient setting: a systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 41, 243-250. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2014.04681.x>

Villamañán, P., Pérez, H., Herrero, E., & Álvarez-Sala, A. (2013). Reducing medication errors in the hospital inpatient setting: a systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 38, 243-250. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2013.04681.x>

Volpato, M., Wegner, M., Gerhardt, P., Pedro, C., Cruz, C., & Bandeira, C. (2017). Reducing medication errors in the hospital inpatient setting: a systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 42, 243-250. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2016.04681.x>



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCALA DE ENFERMAGEM

10000-0000 LISBOA

DECLARAÇÃO

1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”


Para os devidos efeitos se declara que **JOANA SANTOS** e **MARGARIDA LOURENÇO**, participaram com um Poster:

“Estratégias utilizadas para prevenir os erros de medicação em Pediatria: Scoping Review”

no **Seminário** supracitado, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 30 de novembro de 2018.

Lisboa, 30 de novembro de 2018.

O Diretor
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP


Sérgio Deodato, PhD, RN
Professor Associado

Apêndice II – Apresentação de Poster em Sala “Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria: Scoping Review” e Certificado de presença nas I Jornadas da Sociedade Pediátrica da Qualidade e Segurança do Doente

Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria: Scoping Review

Joana Filipa Ferreira Santos¹; Margarida Lourenço².

1. Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Hospital Beatriz Ângelo (joanasantos083@gmail.com);

2. Doutora em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (margaridalourenco@ics.lisboa.ucp.pt)

Leiria, 14 de dezembro de 2018

Introdução e Objetivo

Apesar de décadas de investigação sobre implementação de medidas de segurança, ainda não foram identificadas soluções sustentáveis para prevenir os erros de medicação.

A maioria dos erros de medicação em crianças ocorrem nas etapas de prescrição e administração de medicamentos¹. É particularmente comum, e com elevado risco associado, a prescrição ou administração de uma dose dez vezes superior ou inferior à adequada para a idade e peso da criança². Este tipo de erro, compreende 15% de todos os erros de prescrição relacionados com a dose do medicamento². 26.9% dos erros em doentes pediátricos, estão associados à fase de administração de medicação³.

Torna-se, portanto, vital identificar quais as estratégias que permitam uma abordagem efetiva com vista à prevenção de erros de medicação em Pediatria.

Objetivo: Identificar que estratégias são utilizadas para prevenir os erros de medicação em Pediatria.

Palavras-Chave: erro de medicação; intervenções de enfermagem; cuidados pediátricos.

Metodologia

- **Scoping Review**, segundo a metodologia JBI;
- Questão de investigação com base na classificação PCC (*Population; Concept; Context*) – “Quais as Estratégias utilizadas para prevenir os erros de medicação em Pediatria?”, sendo P –criança/jovem até aos 18 anos de idade; C –estratégias utilizadas por Profissionais de Saúde para prevenir os erros de medicação; C –serviços de saúde onde seja administrada medicação.
- **Bases de dados:** SciELO, Biblioteca do Conhecimento Online (b-on); MEDLINE Complete; CINAHL complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Database of Systematic Reviews;
- Artigos entre 2013-2018; disponíveis em texto completo nos idiomas Português e Inglês



Resultados

A literatura analisada permitiu identificar as principais estratégias recomendadas para prevenir os erros de medicação. No geral foram unânimes e não houve muita disparidade de medidas identificadas, o que facilitou o agrupamento em categorias para mais fácil compreensão dos resultados. A estratégia mais referenciada foi a utilização do **Sistema de Prescrição Informático** (63,6%). De seguida, em 54,5% dos artigos (6), foi focada a utilização de um **Sistema Código de Barras**, seguindo-se 5 artigos (45,4%) que mencionaram a importância da **Formação dos Profissionais de Saúde**. A elaboração e cumprimento de **Protocolos Hospitalares** foi sugerida em 4 artigos (36,3%). A integração de **Farmacêuticos nos serviços de Pediatria** foi apontada como estratégia a utilizar em 3 artigos (27,2%). Também o **Sistema de Notificação de Eventos Adversos** e a **Dupla Confirmação**, foram mencionados em 2 dos 11 artigos (18,1%). As restantes estratégias relativas ao **Sistema de Dose Unitária** e **Aplicação para Dispositivos Móveis**, apenas foram mencionadas em 1 artigo cada uma (9%).

Discussão

As organizações devem implementar políticas e diretrizes adequadas, nomeadamente ao nível da formação e suporte educacional contínuo, bem como o acesso a tecnologia de apoio^{2,3,4}. Efetivamente a maioria dos artigos analisados enfatizam tanto a formação dos profissionais, como o recurso e a utilização de tecnologia de apoio, nomeadamente o sistema de prescrição informático e o sistema de código de barras, como estratégias a implementar, no entanto, alertam para o facto de o sistema de prescrição informático dever incluir suporte à decisão⁵. Embora os estudos em doentes pediátricos demonstrem taxas de redução de erros variadas, o sistema de prescrição informático foi considerado bem-sucedido, e agora é identificado como a principal estratégia para prevenir os erros na prescrição⁵. Apesar das vantagens comprovadas da utilização de novas tecnologias, uma das limitações e principal falha identificada, é a falta de interação entre os vários dispositivos⁵. Além das estratégias identificadas, é sugerido ainda o uso de simulação clínica⁴.

Conclusão


A análise dos estudos demonstrou uma grande lacuna na identificação de estratégias de prevenção nas etapas de preparação e administração de medicação. Conclui-se também que, apesar de existirem diversos estudos sobre o tema, a maioria são de baixa qualidade e poucos identificam com clareza e de forma detalhada a utilização das estratégias de prevenção em cada etapa do processo de medicação, considerando-se portanto, de extrema importância a realização de mais estudos experimentais, nomeadamente a nível nacional. Com esta revisão, pretende-se reforçar a importância do papel dos enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, na identificação e implementação de novas estratégias. A par com a criação de protocolos, importa também existir uma política organizacional que dê destaque à formação contínua dos profissionais, promovendo a constante atualização e consolidação de conhecimentos, garantindo a excelência de cuidados que promovam a segurança do doente pediátrico, seja qual for o contexto.

Referências Bibliográficas

1. Koumpagioti, D., Varounis, C., Kotsiou, E., Ntali, C. & Matziou, (2014). Evaluation of the medication process in pediatric patients: a meta-analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 29(4), 344-350.
2. Sousa, A., Pedreira, M. & Petrelini, M. (2011). Erros de medicação em Pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 563-569.
3. Almeri, A., Wilson, V., Davidson, P. & Lewis, J. (2015). Families, nurses and organisations contributing factors to medication administration error in paediatrics: a literature review. *International Practice Development Journal*, 5(1), 1-14.
4. Volpello, B., Wisner, W., Gerhardt, L., Pedro, E., Cruz, S. & Bandeira, L. (2017). Erros de Medicação em Pediatria e Estratégias de Prevenção. *Revista Integrativa Cognitione*, 22(1), 1-14.
5. Russo, M., Villanueva, E., Pérez, E., Harro, A. & Álvarez-Sala, R. (2016). New Technologies as a strategy to decrease medication errors: how do they affect adults and children differently? *World Journal of Pediatrics*, 12(1), 28-34.



O poster com apresentação em sala: “Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria: Scoping Review” foi apresentado nas I Jornadas da Sociedade Pediátrica da Qualidade e Segurança do Doente, no dia 14 de dezembro de 2018, em Leiria, por: **Joana Filipa Ferreira Santos** (1ª autora)
É co-autora: Margarida Lourenço



(A Comissão Organizadora)



Apêndice III – Resumo dos Estudos da Amostra – *Scoping Review*

Estudo	Autor, Ano	Tipo de Estudo, Participantes, Objetivo	Principais Resultados
1) “Families, nurses and organisations contributing factors to medication administration error in paediatrics: a literature review”	Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015)	Revisão sistemática da literatura, que pretende responder à pergunta de investigação: “Quais os fatores relacionados com enfermeiros, família e sistema de saúde que afetam os erros de administração de medicamentos em pacientes pediátricos?”. Para tal, os autores incluíram 15 estudos nesta revisão, identificando quais os principais factores contribuintes para a existência de erros de administração de medicação, como também, as principais estratégias utilizadas.	As estratégias identificadas para prevenir os erros de administração de medicação, foram: dupla confirmação da medicação por dois enfermeiros; implementação de sessões de formação; utilização de sistema de prescrição informático e aplicação de sistemas de código de barras para a administração de medicação.
2) “Reduction of immunization errors through practitioner education and addition of age-specific alerts in	Rogers, Sebastian, Cotton, Pippin e Merandi (2016)	Estudo Qualitativo realizado num hospital universitário pediátrico e Rede de Cuidados Primários associada que teve como objetivo a redução dos erros de	O resultado foi uma diminuição significativa do número de erros de imunização dentro de um sistema de saúde pediátrico. Durante o período de sete meses após a implementação do projeto (de 1 de janeiro a 31 de julho de 2014), os erros de prescrição diminuíram de 57%

<p>the electronic prescribing system.”</p>		<p>medicação associados á administração de vacinas, através da implementação de alertas específicos de idade no sistema informático de prescrição e, a obrigatoriedade de educação do prescriptor.</p> <p>O Nationwide Children’s Hospital (NCH) é um hospital pediátrico universitário que atende mais de 10.000 doentes em regime ambulatorio e internados. A Rede de Cuidados Primários associada ao NCH é uma das maiores redes de cuidados primários do país, com mais de 80.000 doentes.</p> <p>Existem 13 clínicas de cuidados primários dentro da rede, que têm mais de 175.000 visitas de doentes a cada ano.</p> <p>Em média, mais de 196.000 imunizações são administradas anualmente em</p>	<p>para 25%. Após a implementação de alertas de imunização específicos para a idade e educação pré-escolar obrigatória, o hospital e Rede de cuidados primários associada, passaram 175 dias sem um evento de medicação adverso.</p>
--	--	---	--

		ambientes hospitalares e de ambulatório, o que equivale a cerca de 550 imunizações administradas por dia.	
3) “The Safety of Drug Therapy in Children.”	Wimmer, Neubert e Wolfgang (2015)	Revisão sistemática da literatura que tem como objetivo explicar os problemas práticos da segurança de medicamentos em crianças na Alemanha (e na Europa), evidenciado também possíveis abordagens para uma solução. Os autores incluíram 5 estudos nesta revisão.	Os autores identificam como principais estratégias para prevenir os erros de administração de medicação: sistema de prescrição informático; utilização de sistema de dose unitária; sistema de código de barras para identificação de doentes e respetiva medicação prescrita; integração de farmacêuticos nos serviços de Pediatria; formação dos profissionais de saúde, das crianças e dos pais; protocolos hospitalares; auxiliares simples como listas de verificação e régua de emergência pediátrica; implementação e utilização de um Sistema de notificação de eventos adversos. Segundo os autores, o processo de administração de medicação deve ser otimizado por meio de intervenções adequadas e suporte eletrónico, com a devida consideração das circunstâncias locais. Referem que os ensaios clínicos em crianças devem ser encorajados como forma de melhorar a segurança dos medicamentos, e devem ser criados incentivos financeiros adicionais para os ensaios relativos a medicamentos que não são patenteados. Sugerem ainda a criação de um padrão nacional de dosagem que

			<p>possa ser implementado em sistemas informáticos de prescrição, de forma a que as dosagens pediátricas baseadas em evidências possam ser calculadas.</p>
<p>4) “New Technologies as a strategy to decrease medication errors: how do they affect adults and children differently?”</p>	<p>Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala (2016)</p>	<p>Revisão Integrativa que sintetiza os resultados de diversos estudos e sustenta que a maioria dos erros de medicação ocorre nos estágios de prescrição e administração tanto na população adulta como na pediátrica. Tendo em consideração que os fatores de risco na população pediátrica são diferentes daqueles dos adultos, com algumas causas específicas para a pediatria, os autores apresentam os dados disponíveis sobre novas tecnologias, e de que forma estas constituem uma estratégia para prevenir os erros de medicação pediátrica.</p>	<p>Os autores apontam a falta de definições e terminologia padronizadas como uma das principais dificuldades para a comparação dos estudos, no entanto, verificam que as novas tecnologias provaram ser eficazes na redução de erros de medicação, principalmente a prescrição informática e a utilização de plataformas que auxiliem na tomada de decisões. Porém, também constataram que o uso destas ferramentas informáticas pode gerar novos erros. Na fase da administração, os autores focam a utilização de um sistema de código de barras para a identificação do doente e verificação da medicação a ser administrada.</p> <p>Identificam como estratégias a implementar: a utilização de programas de prescrição informática; o conhecimento destes programas informáticos e a melhoria da comunicação entre profissionais de saúde.</p>
<p>5) “Strategies implementation to reduce medicine</p>	<p>Campino, Santesteban, Pascual, Sordo,</p>	<p>Estudo observacional prospectivo durante o período de 2013 a 2015. O objetivo do</p>	<p>Nas unidades de cuidados intensivos neonatais, 1,35% das amostras registraram erros de cálculo na fase pré-intervenção; nenhum erro de cálculo foi registrado em</p>

<p>preparation error rate in neonatal intensive care units.”</p>	<p>Arranz, Unceta e Lopez-de-Heredia (2016)</p>	<p>estudo foi comparar o risco de erros na preparação de medicação endovenosa junto à unidade de cada criança internada na unidade de cuidados intensivos neonatais versus a taxa de erros de preparação de medicação no serviço de farmácia hospitalar. Participaram no estudo dez unidades de cuidados intensivos neonatais Espanholas e um serviço de farmácia hospitalar. O estudo foi realizado em três fases consecutivas: (1) fase de pré-intervenção - quando as amostras de preparação de medicação foram recolhidas das unidades de cuidados intensivos neonatais e do serviço de farmácia hospitalar de acordo com sua prática clínica normal; (2) fase de intervenção - quando a padronização do</p>	<p>amostras do serviço de farmácia hospitalar. Na fase pós-intervenção, não foram registrados erros de cálculo em nenhum dos grupos. A taxa de erros de precisão diminuiu tanto nas unidades de cuidados intensivos neonatais (de 54,7% para 23%) como no serviço de farmácia hospitalar (de 38,3% para 14,6%). Este estudo permitiu concluir que os erros de cálculo podem ser eliminados através da aplicação de protocolos de padronização, sendo que programas de formação contínua também podem ajudar a minimizar as taxas de erro ao longo do tempo. Os autores reforçam que a diminuição do erro depende da boa técnica de preparação e dos fatores ambientais</p>
--	---	--	--

		<p>protocolo e a estratégia educacional ocorreram; e (3) fase pós-intervenção - quando novas amostras de medicamentos foram recolhidas após a implementação da estratégia.</p>	
<p>6) “Reducing the Risk of Harm From Medication Errors in Children.”</p>	<p>Neuspiel e Taylor (2013)</p>	<p>Revisão Integrativa que sintetiza os resultados de diversos estudos, apresentando as estratégias que têm sido utilizadas para prevenir os erros de administração de medicação em pediatria, nas fases de prescrição, transcrição, dispensa e administração. Os autores referem que poucos demonstraram uma eficácia consistente.</p>	<p>As estratégias sugeridas para implementação na fase de prescrição, transcrição e dispensa de medicamentos pediátricos são: sistema de prescrição informático com apoio à decisão; manutenção da medicação do doente, especialmente na transição de cuidados; presença de farmacêuticos nos serviços de pediatria; formação de profissionais; utilização de sistema de códigos de barras; alteração das embalagens para evitar erros <i>look-alike/soud-alike</i>; utilização de sistema de notificação de eventos. Relativamente à fase de administração de medicação, os autores sugerem as seguintes estratégias: esforços para reduzir a confusão entre medicamentos parecidos e similares por meio de mudanças na embalagem e armazenamento de medicamentos; utilização de sistema de códigos de barras para evitar erros na identificação do doente; condições ambientais e de trabalho que minimizem as interrupções</p>

			dos enfermeiros durante a preparação de medicação; utilização de bombas infusoras inteligentes para medicação endovenosa; padronização de dispositivos de rotulagem e medição para administração domiciliária.
7) “A Mobile Device App to Reduce Time to Drug Delivery and Medication Errors During Simulated Pediatric Cardiopulmonary Resuscitation: A Randomized Controlled Trial.”	Siebert, J. et al. (2017)	Os autores desenvolveram uma aplicação de dispositivos móveis chamada <i>Pediatric Accurate Medication in Emergency Situations</i> (PedAMINES), com o objetivo de orientar os prestadores de cuidados passo a passo, desde a etapa de preparação até à administração de medicação. O objetivo do estudo foi determinar se o uso de PedAMINES reduz o tempo de preparação e de administração da medicação, bem como erros de medicação, quando comparado com os métodos convencionais de preparação. O estudo foi um estudo clínico aleatório e controlado	Durante o estudo os erros de medicação foram reduzidos de 70% para 0%, com a utilização da aplicação PedAMINES, quando comparada com os métodos convencionais. Neste estudo baseado em simulação, a aplicação PedAMINES reduziu drasticamente o tempo de preparação e administração, bem como a taxa de erros de medicação.

		<p>cruzado com 2 grupos paralelos comparando a aplicação PedAMINES com uma tabela de taxa de infusão de drogas convencional e internacionalmente utilizada na preparação de infusão contínua de drogas. Um total de 20 enfermeiros foram aleatorizados em dois grupos.</p>	
<p>8) “Pediatric medication administration errors and workflow following implementation of a barcode medication administration system”</p>	<p>Hardmeier, Tsourounis, Moore, Abbott e Guglielmo (2014)</p>	<p>Os autores conduziram o estudo com base na observação directa, para detectar erros de medicação, após a implementação de um sistema de código de barras. O estudo foi realizado em três unidades pediátricas do Hospital Infantil UCSF Benioff em São Francisco, Califórnia. Foram realizadas 100 observações em cada unidade, num total de 300 observações de doses administradas.</p>	<p>Das 300 doses administradas observadas administradas, 285 doses foram classificadas como administrações corretas de medicação (95%). Este estudo piloto identificou uma baixa taxa (5%) de erros de administração de medicação em duas unidades pediátricas e uma unidade neonatal, após a implementação do sistema de código de barras. No entanto, o estudo conclui, que apesar da implementação deste sistema, os erros de administração de medicação não foram eliminados completamente.</p>
<p>9) “POPI (Pediatrics: Omission of Prescriptions and Inappropriate</p>	<p>Prot-Labarthe,</p>	<p>Inicialmente os autores levaram a cabo uma</p>	<p>POPI (Pediatrics: Omission of Prescriptions and Inappropriate</p>

<p>Omission of Prescriptions and Inappropriate Prescriptions): Development of a Tool to Identify Inappropriate Prescribing.”</p>	<p>Weil, Angoulvant, Boulkedid, Alberti, e Bourdon (2014)</p>	<p>revisão da literatura de forma a obter critérios que pudessem ser incluídos na ferramenta a que chamaram POPI (Pediatrics: Omission of Prescriptions and Inappropriate Prescriptions). De seguida, utilizaram um painel Delphi para estabelecer a validade de conteúdo do POPI. Este projeto começou no Hospital Universitário Robert-Debre, em Paris, França. O POPI é composto por uma lista de problemas de saúde frequentes em pediatria, sendo que para cada doença, os autores consideraram a medicação recomendada, os riscos de erros, contra-indicações, interações medicamentosas, interações droga-doença e problemas com dose e via de administração. Para</p>	<p>Prescriptions) é, segundo os autores, a primeira ferramenta que foi projetada para detectar a omissão de prescrições ou prescrições inapropriadas especificamente em pacientes pediátricos. No entanto, os autores referem que esta ferramenta ainda foi testada em contexto clínico e reforçam a sua necessidade de validação.</p>
--	---	---	--

		<p>cada um dos temas (ou doenças) escolhidos, os autores estabeleceram uma estratégia de pesquisa bibliográfica.</p>	
<p>10) “Medicine preparation errors in ten Spanish neonatal intensive care units.”</p>	<p>Campino <i>et al</i>, (2016).</p>	<p>Estudo observacional prospectivo durante o período de Junho e Setembro de 2013. O objetivo do estudo foi comparar o risco de erros na preparação de medicação endovenosa junto à unidade de cada criança internada na unidade de cuidados intensivos neonatais versus a taxa de erros de preparação de medicação no serviço de farmácia hospitalar. Foram considerados dois tipos de erros: erros de cálculo de dosagem e erros de precisão. No total foram consideradas 522 amostras: 238 de vancomicina, 139 de gentamicina, 39 de fenobarbital e 88 de preparações de citrato de cafeína. Destas, 444</p>	<p>O estudo permitiu detectar erros de cálculo em 6/444 (1,35%) e erros de precisão em 243/444 (54,7%) das amostras preparadas por enfermeiros nas unidades de cuidados intensivos neonatais. Em contraste, nas amostras preparadas pelo serviço de farmácia hospitalar, não foram detetados erros de cálculo, mas houve erros de precisão em 23/60 (38,3%) das amostras. Os autores concluem ainda que apesar da evidência estatística demonstrar que o processo de preparação de medicação no serviço de farmácia hospitalar ser mais seguro do que nos serviços de prestação de cuidados, nem sempre é mais preciso. Os autores concluíram com o estudo que os erros de cálculo podem ser eliminados através da aplicação de protocolos de padronização. Reforçam que a diminuição do erro depende da boa técnica de preparação e dos fatores ambientais. Já as taxas de erro de precisão dependem de diversos factores que afectam as unidades de cuidados intensivos neonatais e serviços de farmácia hospitalar.</p>

		amostras foram preparadas por enfermeiros, e 60 foram fornecidos pelo serviço de farmácia hospitalar.	
11) “Interventions for reducing medication errors in children in hospital (Review).”	Maaskant, J. <i>et al.</i> (2015)	Revisão sistemática da literatura, que tem como objetivo determinar a eficácia de intervenções destinadas à redução de erros de medicação, em crianças hospitalizadas. Após definição e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, os autores analisaram 7 estudos.	Os autores dividiram as estratégias identificadas nos estudos analisados, em intervenções a nível organizacional e em intervenções profissionais. Assim, para os autores, a presença de um farmacêutico nos serviços, o sistema de prescrição informático e o sistema de administração de medicamentos com código de barras são intervenções que dependem da estrutura organizacional. Já a dupla verificação por exemplo, é categorizada como intervenções profissionais. Os autores concluíram que a evidência sobre as intervenções é limitada tanto em volume como em qualidade metodológica.

Apêndice IV – Estratégias para prevenir os erros de medicação em pediatria
– *Scoping Review*

Estratégias Estudos	Dupla confirmação	Formação	Sistema de Prescrição informático	Sistema código de Barras	Sistema de dose unitária	Integração de farmacêuticos nos serviços de Pediatría	Sistema de notificação de eventos adversos	Protocolos Hospitalares	Aplicação para dispositivos móveis
Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015)	x	x	x	x					
Campino, Santesteban, Pascual, Sordo, Arranz, Unceta e Lopez-de- Heredia (2016)		x						x	
Campino, <i>et al</i> , (2016)								x	
Hardmeier, Tsourounis, Moore, Abbott e Guglielmo (2014)				x					

Maaskant, <i>et al.</i> (2015)	x		x	x		x			
Neuspiel e Taylor (2013)		x	x	x		x	x	x	
Prot-Labarthe, Weil, Angoulvant, Boulkedid, Alberti, e Bourdon (2014)			x						
Rogers, Sebastian, Cotton, Pippin e Merandi (2016)			x						
Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala (2016)		x	x	x					
Siebert, J. <i>et al.</i> (2017)									x
Wimmer, Neubert e Wolfgang (2015)		x	x	x	x	x	x	x	
Total	2	5	7	6	1	3	2	4	1

Apêndice V – Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs – Consulta Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica

Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs

Consulta Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica*, 2º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer na USF [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED].

Lisboa, 22 de Maio de 2018

1-Descrição - O que aconteceu?

Desde o dia 30 de abril que me encontro a realizar estágio na USF [REDACTED], no âmbito da Unidade Curricular A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica, enquadrada no 2º semestre do 1º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED].

Numa das consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil que estava a realizar com a Sr.ª Enfermeira Orientadora, tivemos oportunidade de consultar e avaliar o desenvolvimento de uma criança, sexo masculino, de 4 anos de idade, que irei denominar por M. Antes de chamarmos o M., que vinha acompanhado pela mãe, para a sala, a Sr.ª Enfermeira descreveu-me brevemente a história familiar, referindo que a mãe do M. é imigrante em Portugal, sendo de nacionalidade Marroquina, regendo-se, portanto, segundo uma religião e cultura muçulmana. Fala fluentemente português, mas em casa com o M. falava predominantemente árabe. A mãe do M. vive com o companheiro, pai do M. e com ele, sendo que o pai, de nacionalidade portuguesa, é motorista de pesados de longo curso e por vezes só está com eles ao fim-de-semana. Por dificuldades ao nível da linguagem, o M. já se encontrava referenciado para o SNIPI (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância).

Quando chamei o M. e a sua mãe para a consulta, cumprimentei a mãe e quando tentei conversar com o M., apercebi-me que ele só vocalizava sons e apontava quando queria pedir algo. O M. percebia perfeitamente o que lhe era pedido e, com alguma resistência cumpria. Questionei a mãe se este era o comportamento habitual, ao que a mãe disse que sim, referindo que em casa ele fala fluentemente árabe e que tem feito um esforço para falar com ele em português. Incentivei a mãe, conforme as orientações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, a promover a participação do M. nos afazeres, mesmo que sejam simbólicos, estimulando a linguagem; dar-lhe oportunidade de verbalizar as suas vontades, não facilitando sempre que ele vocaliza algo, mesmo que saiba e perceba o que ele quer; reforcei ainda a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança. A mãe mostrou-se bastante relutante e referiu que o M. será educado em conformidade com a cultura muçulmana, e neste sentido, sendo o M. do sexo masculino, é considerado um desrespeito incentivá-lo a realizar qualquer tipo de atividade que seja contra a sua vontade, mesmo tendo consciência que ele já devia estar bastante mais desenvolvido ao nível da

linguagem. Foram sugeridas outras estratégias para o ajudar, que aparentemente a mãe compreendeu. No final da consulta, após muita persistência do M. e muita dificuldade da mãe para não ceder, a criança acabou por verbalizar “eu quero água”.

2 – Pensamentos e Sentimentos - O que estou a pensar e a sentir?

No momento posterior à consulta e após ter discutido a situação com a Sr.^a Enfermeira Orientadora, senti que enquanto enfermeira tinha a obrigação de ajudar aquela família neste processo de transição.

Por um lado, a mãe, que se encontra a educar uma criança praticamente sozinha, num país que não é o seu de origem e com uma cultura diferente. Que efetivamente se apercebe das dificuldades do filho, tenta esforçar-se para as colmatar, mas tem sempre o peso da cultura muçulmana, e de como é suposto educar um homem, nos ombros.

Por outro lado, a criança, que com a mãe tem um tipo de educação e comportamento, e no infantário, por exemplo, é-lhe exigido outro completamente diferente. Neste sentido, também o próprio M., acaba por ser sujeito a uma dualidade cultural, numa fase tão crucial do seu desenvolvimento, acabando por se repercutir em dificuldades evidentes e preocupantes, tanto ao nível da linguagem, como do relacionamento com outras pessoas/crianças.

Importa aqui refletir sobre esta problemática, cuja incidência é tão elevada na atualidade. De facto, na conjectura atual, passamos por momentos de transição em que a imigração é cada vez mais uma realidade, recebendo no nosso país pessoas de diferentes gerações, diferentes culturas e religiões, diferentes línguas e diferentes contextos socioeconómicos. Cordeiro (2016), reforça referindo que um dos inúmeros desafios para a enfermagem, surge com a diversidade cultural cada vez mais presente, sendo os cuidados prestados cada vez mais transculturais, sempre com o objetivo major de contribuir para o bem-estar e maximização da saúde, de cada indivíduo, família, grupo, comunidade ou instituição.

Segundo Coutinho e Parreira (2011), são várias as razões que levam a mulher a imigrar, nomeadamente “(...) as condições de vida, no que se refere ao trabalho e saúde, formação profissional e académica, habitação; as condições financeiras, nomeadamente uma situação socioeconómica precária; o reagrupamento familiar, pelo facto do cônjuge já se encontrar no estrangeiro; o apoio à família que precisa de ajuda; a separação, quando a mulher assume o papel de provedora da família; a instabilidade sociopolítica do país de origem” (Coutinho e Parreira, 2011, p.86). As autoras prosseguem, referindo que, independentemente dos

motivos que despoletaram a imigração, é no país de acolhimento que o principal confronto se dá, havendo um conjunto de factores que podem implicar uma situação de precariedade e vulnerabilidade, sendo que “esta situação é mais frequente no caso de haver choque com as referências culturais, as memórias e as vivências do país de origem” (Coutinho e Parreira, 2011, p.86).

De facto, e como já referido anteriormente, todas estas mudanças constituem transições, que podem ser encaradas como potenciadoras do desenvolvimento individual e familiar, ou pelo contrário, constituírem ameaças. Para Meleis (2010), a transição é desencadeada por uma mudança, e envolve o desenvolvimento, fluxo e circulação de um estado, condição ou local para outro. Segundo a autora, podem ser factores precipitantes de processos de transição alterações de vida, saúde, relações e ambientes, tais como o diagnóstico de doença, a gravidez, o parto, a paternidade, a maternidade, a adolescência, a menopausa, o envelhecimento, a morte, a migração, entre outros, e implicam frequentemente profundas mudanças (de papéis, relacionamentos, habilidades, comportamentos, personalidade), podendo ter efeitos dramáticos na vida do indivíduo que a vivencia, bem como de pessoas próximas/significativas (Meleis, 2010). A autora menciona como propriedades imprescindíveis ao processo de transição, a consciencialização, o envolvimento, a mudança, a duração da transição e eventos/pontos críticos (Meleis, 2010).

Focando especificamente a consciencialização, a qual considero fundamental para a situação relatada, Meleis (2010) ressalva que para que as nossas intervenções sejam bem-sucedidas, é essencial que primeiro a pessoa alvo de cuidados tenha consciência de que está a viver a transição, sendo essencial descobrir e descrever os efeitos e significados das mudanças envolvidas. Neste sentido, o final da transição poderá corresponder a um novo começo ou a um período de estabilidade (Meleis, 2010). A autora acrescenta ainda que o processo de transição pode ser inibido ou facilitado consoante a influência dos factores pessoais, como significados, crenças culturais, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimento, recursos comunitários e sociais (Meleis, 2010).

Assim, Schumacher e Meleis (1994) referem seis condições que influenciam a experiência da transição: significado atribuído à experiência de transição; expectativas; nível de conhecimento; ambiente; nível de planeamento; e bem-estar emocional e psicológico. Relativamente às expectativas, é importante que a pessoa tenha noção das alterações esperadas; quanto ao ambiente, os autores destacam o nível de suporte social, familiar e institucional; finalmente, o planeamento inclui a identificação das necessidades e problemas futuros (Schumacher e Meleis, 1994). Neste sentido, e tendo como objectivo facilitar o

processo de transição, é fundamental conhecer, compreender e desvendar o significado da transição para o ser humano, sendo estes atributos que a autora considera facilitarem a relação intersubjetiva entre o enfermeiro e a pessoa que vivencia a transição e que contribuem para a eficácia das intervenções de enfermagem (Meleis, 2010).

3 – Avaliação - O que foi bom e mau nesta experiência?

Considero que esta foi uma experiência bastante positiva, fazendo-me refletir, não só enquanto enfermeira, mas também enquanto pessoa. Enquanto enfermeira, esta experiência teve um contributo bastante enriquecedor para o meu desenvolvimento profissional.

4 – Análise - Que sentido(s) posso encontrar no que se passou?

Tal como referido em outras reflexões, e analisando esta situação em particular, são este tipo de experiências que considero fundamentais na construção do meu percurso profissional, nomeadamente enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, permitindo-me conhecer novas realidades, novos contextos e culturas.

Enquanto enfermeiros, independentemente do contexto em que nos encontremos a prestar cuidados, somos confrontados com a necessidade adaptação constante, obrigando-nos a redefinirmo-nos e a atualizarmo-nos a uma velocidade considerável. Mas, é isto que ser enfermeiro implica, nomeadamente Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

5 – Conclusão – O que fiz/não fiz e que mais poderia ter feito?

Penso que naquela consulta em específico, nada mais poderia feito. Seria bastante produtivo, caso surgisse a oportunidade, poder ter uma consulta apenas com a mãe do M., com o objetivo de poder explorar o seu processo de transição, e efetivamente, podermos encontrar estratégias em conjunto que possam facilitar o desenvolvimento do M., nomeadamente ao nível da linguagem.

Neste sentido, considero importante reforçar aqui os pressupostos expressos na Deontologia Profissional de Enfermagem, nomeadamente o Artigo 102º relativo aos valores humanos, em que é dever do enfermeiro “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (Lei n.º156/2015, 2015, p.8102); “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus

próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (Lei n.º156/2015, 2015, p.8102); e “respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos”. (Lei n.º156/2015, 2015, p.8102).

6 – Planear a acção – o que irei fazer de futuro e/ou que contributos para o meu desenvolvimento profissional futuro...

Finalmente, após referir diversas vezes que esta experiência permitiu fundamentalmente a aquisição de competências, gostaria aqui de evidenciar quais as que considero ter aprofundado e desenvolvido, reportando-me às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente:

- E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.
 - E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar;
 - E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis;
 - E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde;
 - E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença;
 - E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde;
 - E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar;
 - E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.
 - E1.1.8. Intervém em programas no âmbito da saúde escolar.
 - E1.1.9. Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.

- E1.1.10. Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.
- E 1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.
 - E 1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.
 - E 1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.
- E 3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil
 - E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e o desenvolvimento.
 - E3.1.2 Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.
 - E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.

(Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018)

Referências Bibliográficas

- Coutinho, E. & Parreira, V. (2011). Outra Forma de Olhar a Mãe Imigrante numa Situação de Transição. *Millenium*, 40, 83-97.
- Cordeiro, R. (2016). O Cuidar Culturalmente Competente à Criança, ao Jovem e Família com Doença Crónica (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 281/09 de 6 de outubro. (2009). *Diário da República, I série*, N.º 193 (6 de outubro de 2009). 7298-7301.
- Lei n.º156/2015 de 16 de setembro. (2015). *Diário da República, 1.ª série*, N.º 181 (16 de setembro de 2015). 8059-8105.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory*. New York: Springer Publishing Company.
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa, Portugal (Orientação n.º010/2013).
- Pereira, A. (2009). *Práticas Centradas na Família em Intervenção Precoce: Um Estudo Nacional sobre Práticas Profissionais*. Universidade do Minho, Instituto de Estudos da Criança. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho.
- Regulamento n.º 422/12 de julho. (2018). *Diário da República n.º 133, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 351/22 de junho. (2015). *Diário da República n.º 119/15, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.

Apêndice VI - Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs – SNIPI



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica

Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs

SNIPi

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica*, 2º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer na USF Arruda, sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED].

Lisboa, 18 de Maio de 2018

1-Descrição - O que aconteceu?

Desde o dia 30 de abril que me encontro a realizar estágio na USF [REDACTED], no âmbito da Unidade Curricular A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica, enquadrada no 2º semestre do 1º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED].

Neste sentido, ao elaborar o Projeto de Estágio, um dos objetivos específicos a que me propus foi o de “conhecer a dinâmica de parceria de cuidados entre a USF [REDACTED] e a UCC (Unidade Cuidados Continuados) [REDACTED], através do acompanhamento da Sr.ª Enfermeira [REDACTED] (Enfermeira responsável pela intervenção Precoce na UCC) a reuniões escolares para observação da realização de um Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), integrado no Sistema Nacional de intervenção Precoce na Infância (SNIPI).

Assim, tive oportunidade de acompanhar a Sr.ª Enfermeira [REDACTED] a duas reuniões escolares, em momentos distintos e, com planos de intervenção destinados a diferentes crianças. Também no decorrer do estágio com a Sr.ª Enfermeira [REDACTED] na USF [REDACTED], tive oportunidade de realizar consultas de Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil a crianças referenciadas e que se encontram integradas no SNIPI, observando posteriormente a partilha de informações e avaliações entre ambas as Sr.ª Enfermeiras.

2 – Pensamentos e Sentimentos - O que estou a pensar e a sentir?

Ao refletir sobre a temática apresentada, considero que enquanto enfermeira, cuja realidade profissional está centralizada numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, é bastante enriquecedor e uma excelente oportunidade de desenvolvimento profissional e pessoal, poder ter experiências destas. De facto, é uma mais valia, que não poderia deixar de aproveitar, ter a possibilidade de estagiar numa USF, mas ter disponível uma UCC ao lado, cujo trabalho de parceria funciona tão bem, devendo ser considerado um exemplo a seguir. Assim, seguindo os objetivos da Unidade curricular e baseando-me nas Competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde

da Criança e do Jovem trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...), com o objectivo de promover o mais elevado estado de saúde possível, prestando cuidados à criança saudável ou doente e proporcionando educação para a saúde, bem como identificando e mobilizando recursos de suporte à família/pessoa significativa. Também os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem referem que “(...) é vasto o espaço de intervenção da enfermagem especializada em Saúde da criança e do Jovem que pode atuar em qualquer contexto onde se encontrem crianças e jovens que necessitem dos nossos cuidados visando a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o auto cuidado.” (Regulamento n.º 351/2015, 2015).

Abordando especificamente o SNIPI, Pereira (2009), numa perspetiva histórica, refere que os programas de Intervenção Precoce se centravam apenas na criança, esquecendo equacionar a sua família e os seus contextos de vida. Felizmente, esta realidade foi-se modificando, e atualmente o SNIPI é definido como um “ (...) conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas actividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento.” (Decreto-Lei n.º 281/09 de 6 de Outubro, 2009, p.7298) sendo coordenado através da ação conjunta dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, com o fundamental e imprescindível envolvimento das famílias e da comunidade.

O SNIPI é destinado a crianças entre os 0 e os 6 anos “com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas actividades típicas para a respectiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias.” (Decreto-Lei n.º 281/09 de 6 de Outubro, 2009, p.7298).

É visível na legislação a importância dada à família em todo o processo. De facto, esta é uma abordagem centrada essencialmente na família, baseada na “(...) crença de que cada família tem as suas competências, que surgem das capacidades, dos talentos, das possibilidades, dos pontos de vista, dos valores e expectativas” (Pereira, 2009, p.67) sendo que cabe ao profissional, neste caso ao enfermeiro, ser elemento facilitador, garantindo o acesso aos meios através dos quais esses pontos fortes possam ser reconhecidos e utilizados.

Segundo Pereira (2009) a particularidade desta abordagem reside no reconhecimento de que as famílias são o contexto principal para a promoção e para o desenvolvimento da criança.

Também o respeito pelas escolhas da família e pelos seus processos de decisão, bem como a ênfase nas competências da criança e da família, e nas parcerias família/profissional, são consideradas particularidades desta abordagem (Pereira, 2009). Neste sentido, os objectivos do SNIPI são: “ a) Assegurar às crianças a protecção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de acções de IPI em todo o território nacional; b) Detectar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento; c) Intervir, após a detecção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento; d) Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação; e) Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social.” (Decreto-Lei n.º 281/09 de 6 de Outubro, 2009, p.7299).

Contudo, para atingir os objectivos descritos *à priori*, é imprescindível que ocorra uma mudança de paradigma. Esta mudança tem que ocorrer em duas dimensões: por um lado, exige que os profissionais abandonem os papéis tradicionais, ao considerarem-se especialistas e detentores das escolhas, alienando a família de todo o processo de apoio; por outro lado, também as famílias, têm que ser capacitados a tomar decisões de forma autónoma e conscientes das consequências das escolhas, adquirindo novos valores e competências (Pereira, 2009). A autora reforça ainda que “estas mudanças perspectivam novos desafios que impõem aos profissionais uma exigência de continuamente adequar e qualificar as suas práticas, adquirindo e reaprendendo novos valores, conhecimentos e competências, abandonando o papel de perito e de decisor no processo de apoio, papel este construído, na maioria das vezes, aquando da sua formação inicial” (Pereira, 2009, p.75).

De forma a dar resposta a esta problemática, e num sentido de aproximação da população e das famílias, surgem as equipas locais de intervenção do SNIPI, cuja atividade é desenvolvida a nível municipal, podendo englobar vários municípios ou desagregar-se por freguesias. Assim, compete às equipas locais de intervenção: “a) Identificar as crianças e famílias imediatamente elegíveis para o SNIPI; b) Assegurar a vigilância às crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis, requerem avaliação periódica, devido à natureza dos seus factores de risco e probabilidades de evolução; c) Encaminhar crianças e famílias não elegíveis, mas carenciadas de apoio social; d) Elaborar e executar o PIIP em função do diagnóstico da situação; e) Identificar necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção, dinamizando redes formais e informais de apoio social; f) Articular, sempre que se justifique, com as comissões de protecção de crianças e jovens e

com os núcleos da acção de saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com actividade na área da protecção infantil; g) Assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos; h) Articular com os docentes das creches e jardins-de-infância em que se encontrem colocadas as crianças integradas em IPI.” (Decreto-Lei n.º 281/09 de 6 de Outubro, 2009, p.7300). Considere-se PIIP a “avaliação da criança no seu contexto familiar, bem como na definição das medidas e acções a desenvolver de forma a assegurar um processo adequado de transição ou de complementaridade entre serviços e instituições.” (Decreto-Lei n.º 281/09 de 6 de Outubro, 2009, p.7300).

3 – Avaliação - O que foi bom e mau nesta experiência?

Considero importante refletir sobre esta temática, bem como acerca da oportunidade de poder acompanhar e presenciar a efectiva dinâmica de parceria de cuidados entre a USF [REDACTED] e a UCC [REDACTED], permitindo-me assim, não só concretizar o objectivo a que me propus, mas também adquirir as competências específicas do Enfermeiro Especialista na Área de Saúde Infantil e Pediátrica. Para tal, o presente documento servirá para apresentar um nível de conhecimento estruturado sobre o SNIPI, seus objectivos e áreas de atuação.

Esta experiência, a nível de desenvolvimento, apenas tem aspectos positivos a relatar, tendo sido bastante enriquecedora e correspondendo às expectativas prévias à sua vivência.

4 – Análise - Que sentido(s) posso encontrar no que se passou?

Tal como referido anteriormente, e analisando a situação, são este tipo de experiências que considero fundamentais na construção do meu percurso profissional, nomeadamente enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, permitindo-me conhecer novas realidades, novas formas de parceria e interação e, principalmente, adquirir competências tão específicas e particulares da área da Saúde da Criança e do Jovem.

Esta experiência também se revelou bastante interessante enquanto enfermeira que exerce funções numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, pois por diversas vezes referenciei recém-nascidos para o SNIPI. Apesar de conhecer o Sistema e os seus objetivos,

desconhecia por completo todo o trabalho envolvente das Equipas Locais de Intervenção, e qual o acompanhamento que se seguiria àquela criança.

5 – Conclusão – O que fiz/não fiz e que mais poderia ter feito?

Apesar de o Estágio se encontrar a ser realizado na USF [REDACTED], fiquei bastante satisfeita por ter tido esta oportunidade de contacto com a UCC [REDACTED], considerando a sua área de atuação, nomeadamente a Equipa Local de Intervenção, bastante interessante. Durante a realização do estágio, se houver oportunidade, gostaria de continuar a intervir e a acompanhar a Sr.ª Enfermeira [REDACTED] a futuras reuniões.

6 – Planear a acção – o que irei fazer de futuro e/ou que contributos para o meu desenvolvimento profissional futuro...

Finalmente, após referir diversas vezes que esta experiência permitiu fundamentalmente a aquisição de competências, gostaria aqui de evidenciar quais as que considero ter aprofundado e desenvolvido, reportando-me às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente:

- E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.
 - E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.
 - E1.1.8. Intervém em programas no âmbito da saúde escolar.
 - E1.1.9. Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.
 - E1.1.10. Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.
- E 1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.
 - E 1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.

- E 1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.
- E 3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil
 - E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e o desenvolvimento.
 - E3.1.2 Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.
 - E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.

(Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018)

Referências Bibliográficas

- Decreto-Lei n.º 281/09 de 6 de outubro. (2009). *Diário da República, I série*, N.º 193 (6 de outubro de 2009). 7298-7301.
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice*. United Kingdom: Nelson Thomee Ltd.
- Pereira, A. (2009). *Práticas Centradas na Família em Intervenção Precoce: Um Estudo Nacional sobre Práticas Profissionais*. Universidade do Minho, Instituto de Estudos da Criança. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho. 1-290.
- Regulamento n.º 422/12 de julho. (2018). *Diário da República n.º 133, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 351/2015 de 22 de junho. (2015). *Diário da República n.º 119/15, II Série*. Lisboa, Portugal.

Apêndice VII - Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs – Dia Mundial da Criança



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica

Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs

Dia Mundial da Criança

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica*, 2º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer na USF [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED]

Lisboa, 2 de Junho de 2018

1-Descrição - O que aconteceu?

No dia 1 de Junho celebra-se o dia Mundial da Criança. Encontrando-me a realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, este dia não poderia passar em vão. Como tal, foi-me proposta, pela Sr.^a Enfermeira [REDACTED], a realização de uma atividade que permitisse a celebração do dia e consistisse num momento de Promoção da Saúde.

A atividade consistiu em utilizar a Unidade Móvel de Saúde e colocá-la estacionada em frente ao Jardim de Infância, entre as 15h00 e as 18h00, com o objectivo de estar disponível e com toda uma equipa multidisciplinar preparada para prestar cuidados aos brinquedos que as crianças levassem consigo. O objetivo desta atividade consistiu em desmitificar medos e receios das crianças relativamente aos cuidados de saúde, permitindo também, através da brincadeira, promover estilos de vida saudáveis e realizar ensinamentos sobre temáticas-chave, mediante cada faixa etária. Para tal, foi distribuído um convite às crianças e pais que frequentam o Jardim de Infância, bem como aos Professores, de forma a divulgar a iniciativa e ter o maior número de participantes possível.

A equipa multidisciplinar era então constituída por uma administrativa, que procedia à inscrição das crianças com o respetivo brinquedo que necessitava de cuidados de saúde; três enfermeiras e um terapeuta ocupacional.

A iniciativa obteve um grande sucesso, tendo tido uma grande adesão por parte das crianças e pais. No total foram atendidas 24 crianças com os respetivos brinquedos.

2 – Pensamentos e Sentimentos - O que estou a pensar e a sentir?

Considerarei esta experiência bastante enriquecedora e de extrema importância para o desenvolvimento das crianças.

A Unidade Móvel de Saúde, consiste numa parceria entre a Câmara Municipal [REDACTED], com a ARS Lisboa e Vale do Tejo, ACES [REDACTED], USF e UCC [REDACTED], permitindo assim que os cuidados de saúde e a assistência social cheguem a toda a população, especialmente à que está mais afastada dos centros das freguesias e da sede de concelho.

Através da utilização da Unidade Móvel de Saúde, foi possível simular o contexto de Cuidados de Saúde Primários, e através da brincadeira e simulação de determinadas

situações, os medos das crianças são transferidos para o boneco. Desta forma, uma futura ida aos Cuidados de Saúde Primários ou ao Hospital, será mais fácil e menos traumática. Esta iniciativa é fundamentada no Projecto “Teddy Bear®”, desenvolvido pela EMSA (European Medical Students Association).

Esta filosofia e abordagem na prestação de cuidados, muito abordada como “brincar terapêutico” assume-se assim como o instrumento da relação terapêutica entre o enfermeiro e a criança, sendo um excelente meio de expressão de sentimentos, auxiliando a comunicação e estabelecimento de uma relação de confiança, promovendo desta forma uma outra visão em relação ao hospital e à hospitalização em si (Henriques, 2011). Ramos, *et al* (2012), corrobora, referindo que brincar ao “faz de conta”, brincadeira tão simbólica e tão frequentemente utilizada pela maioria das crianças, é de uma importância extrema, permitindo à criança transferir o que se passa na realidade para as suas brincadeiras, combatendo os seus medos enquanto pratica papéis de adultos, mostrando assim a forma como vê e interpreta o que a rodeia, acabando também por explorar os seus próprios limites (Ramos, et al., 2012). Os mesmos autores, reforçam que este tipo de brincadeira permite a compreensão do significado que a criança atribui a determinadas situações, mas que muitas vezes não é capaz de verbalizar, sendo frequente a criança espelhar e encenar situações reais que já aconteceram, dar nome de familiares, amigos e pessoas significativas aos bonecos, dramatizando algumas das suas vivências, o que muitas vezes pode ser útil para o diagnóstico de uma situação-problema (Ramos, et al., 2012).

Segundo Henriques (2011), as brincadeiras simbólicas, como fazer uma caneta de seringa e brincar com as bonecas, são uma forma de desmistificar o medo de determinados procedimentos, permitindo uma melhor compreensão dos mesmos e minimizando as experiências desagradáveis vivenciadas. Algren (2006) acrescenta ainda que as brincadeiras com bonecos em que a criança pode desempenhar o papel de médico ou enfermeiro que cuida do “utente”, simulando, por exemplo, a administração de injeções, ou avaliando a temperatura, permitem dar informação e criar uma experiência de aprendizagem de estratégias de confronto.

3 – Avaliação - O que foi bom e mau nesta experiência?

Penso que iniciativas destas deveriam ser realizadas mais frequentemente, permitindo uma maior proximidade da comunidade, num ambiente menos formal e, com maior disponibilidade para efetivamente se poderem desenvolver ações promotoras da saúde, com consequentes ganhos efetivos e mudanças de comportamento.

Neste sentido, considero que importa aqui mencionar o Referencial Teórico que orientará o meu percurso durante o Mestrado, Modelo de Promoção para a Saúde, proposto por Nola Pender em 1982 e que se baseia na otimização da saúde (Alligood e Tomey, 2004).

Os mesmos autores referem que este modelo surge como uma proposta de integrar a enfermagem à ciência do comportamento, consistindo numa tentativa de identificar os fatores biopsicossociais que influenciam comportamentos saudáveis e compreender todo processo que leva a pessoa a adotar esses mesmos comportamentos produtores de saúde. Para Pender, um comportamento de promoção de saúde consiste “num fim ou resultado de ação orientado no sentido de obtenção de resultados de saúde positivos, tais como, o bem-estar ótimo, realização pessoal e existência produtiva” (Alligood e Tomey, 2004). O objetivo do modelo é auxiliar os enfermeiros a compreender os principais determinantes dos comportamentos de saúde, permitindo assim o aconselhamento comportamental para promover estilos de vida saudáveis (Nursing Theory, 2016).

4 – Análise - Que sentido(s) posso encontrar no que se passou?

Tal como referido em reflexões anteriores, são este tipo de experiências que considero fundamentais na construção do meu percurso profissional, nomeadamente enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, permitindo-me conhecer novas realidades, novas formas de parceria e interação e, principalmente, adquirir competências tão específicas e particulares da área da Saúde da Criança e do Jovem.

5 – Conclusão – O que fiz/não fiz e que mais poderia ter feito?

Esta experiência apenas tem aspetos positivos a relatar, e por esta razão, considero que nada mais poderia ter feito.

6 – Planear a acção – o que irei fazer de futuro e/ou que contributos para o meu desenvolvimento profissional futuro...

Finalmente, gostaria aqui de evidenciar quais as competências que considero ter aprofundado e desenvolvido, reportando-me às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente:

- E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.
 - E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar;
 - E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis;
 - E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde;
 - E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença;
 - E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde;
 - E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar;
 - E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.
 - E1.1.8. Intervém em programas no âmbito da saúde escolar.
 - E1.1.9. Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.
 - E1.1.10. Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.
- E 1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.
 - E 1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.

- E 1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.
- E 3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil
 - E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e o desenvolvimento.
 - E3.1.2 Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.
 - E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.

(Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018)

Referências Bibliográficas

- Algren, C. (2006). Cuidado Centrado da Família da Criança Durante a Doença e a Hospitalização. In Hockenberry, M., *et al*, Wong *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7.^a edição) (p. 637-705). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Alligood, M., & Tomey, A. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua obra. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
- Henriques, T. (2011). O Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro – Criança. Hospital dos Pequenininos (Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Lei n.º156/2015 de 16 de setembro. (2015). *Diário da República, 1.ª série*, N.º 181 (16 de setembro de 2015). 8059-8105.
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa, Portugal (Orientação n.º010/2013).
- Nursing Theory (2016). Recuperado de <http://www.nursing-theory.org/theories-and-models/pender-health-promotion-model.php>
- Ramos, A., *et al*. (2012). Brincar...essencial ao desenvolvimento: os olhares atentos dos Enfermeiros. *Revista Percursos*, 26, 40-60.
- Regulamento n.º 422/12 de julho. (2018). *Diário da República n.º 133, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 351/2015 de 22 de junho. (2015). *Diário da República n.º 119/15, II Série*. Lisboa, Portugal.

Apêndice VIII – Sessão de Educação para a Saúde “Afetos e Sexualidade na Adolescência – Métodos Contracetivos”

Afetos e Sexualidade na Adolescência - Métodos Contracetivos

Docente: Professora Doutora Margarida Lourenço

Orientadora: Enf.ª [REDACTED]

Discente: Joana Filipa Ferreira Santos, n.º 192017052

[REDACTED] 4 de Junho de 2018

2

Sumário

1. Vídeo “os afetos e a sexualidade”
2. O que são Métodos Contracetivos?
3. Que tipo de Métodos Contracetivos existem?
4. Métodos Contracetivos Reversíveis
5. Métodos Contracetivos Irreversíveis
6. Contraceção de Emergência



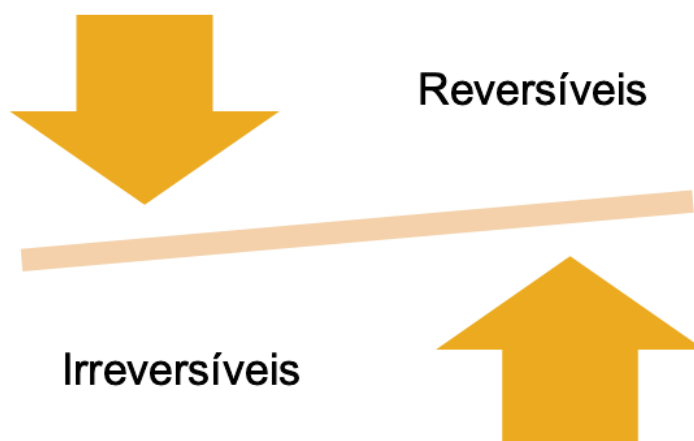
1. Vídeo “os afetos e a sexualidade”

<https://www.youtube.com/watch?v=Ed9IOqEea3Q>

2. O que são Métodos Contraceptivos?

- São métodos anticoncepcionais que têm por objectivo **evitar a gravidez**, impedindo que haja fecundação.
- Só o preservativo protege de Doenças Sexualmente transmissíveis (*DST*)!

3. Que tipo de Métodos Contraceptivos existem?



4. Métodos Contraceptivos Reversíveis

Tipo	Método de contraceção	Vantagens	Desvantagens	
Hormonal Combinada	Pílula	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da dor menstrual; • Menstruação menos abundante; • Regularização dos ciclos; • Melhoria do acne. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exige empenho diário (pílula); • Reacção alérgica (adesivo); • Possíveis efeitos laterais (aumento ligeiro do peso, dores de cabeça, náuseas e vômitos); • Não protegem das DST! 	
	Adesivo Transdérmico			
	Anel Vaginal			

4. Métodos Contraceptivos Reversíveis

Tipo	Método de contracepção	Vantagens	Desvantagens	
Hormonal progestativa	Pílula	<ul style="list-style-type: none"> Indicada quando os estrogénios estão contra-indicados; Longa duração (implante: 3 anos e injectável: 12 semanas); Pode ser usada durante a amamentação. 	<ul style="list-style-type: none"> Exige empenho diário (pílula); Irregularidades do ciclo menstrual; Reacção alérgica (implante e injectável); Possíveis efeitos laterais (aumento ligeiro do peso, dores de cabeça, náuseas e vómitos); •Não protegem das DSTI! 	
	Implante subcutâneo			
	Injectável			


4. Métodos Contraceptivos Reversíveis

Tipo	Método de contracepção	Vantagens	Desvantagens
Intra-uterina	DIU	<ul style="list-style-type: none"> Longa duração (5-10 anos); Diminuição da dor e fluxo menstrual (Mirena®); Não interfere com a relação sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> Menstruação mais abundante (à excepção do Mirena®); •Não protegem das DSTI!

4. Métodos Contraceptivos Reversíveis

Tipo	Método de contracepção	Vantagens	Desvantagens
Barreira Mecânica	Preservativo Masculino	<ul style="list-style-type: none"> • Protege contra DST; • Sem supervisão médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reacção alérgica; • Danifica-se com calor e humidade; • Pode rasgar durante a relação sexual.
	Preservativo Feminino		

4. Métodos Contraceptivos Reversíveis

Tipo	Método de contracepção	Vantagens	Desvantagens
Barreira Química	Espemicidas	 <ul style="list-style-type: none"> • Capazes de inactivar os espermatozoides ; • Existem várias formas de apresentação: comprimidos vaginais, gel, espuma, esponja e tampão; • É seguro durante a amamentação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Introduzidos na vagina, algum tempo antes de cada relação sexual; • <u>Não protegem das DST!!</u>

4. Métodos Contraceptivos Reversíveis

Tipo	Método de contracepção	Vantagens	Desvantagens	
Natural	Calendário	<ul style="list-style-type: none"> • Sem custos; • Pode ser usado para evitar ou alcançar uma gravidez; • Permite melhor conhecimento do próprio corpo e ciclo menstrual; • Sem efeitos físicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exige registos diários; • Não fiável no caso de febre ou infecção; • Pode requerer longos períodos de abstinência; • Alta taxa de falha; • Não protegem das DST!! 	
	Temperatura basal			
	Muco cervical			

5. Métodos Contraceptivos Irreversíveis

Tipo	Método de contracepção	Vantagens	Desvantagens
Permanente	Laqueação das Trompas	<ul style="list-style-type: none"> • Eficácia imediata (laqueação); • Não interfere com relação sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eficácia não imediata (vasectomia); • Risco de arrependimento; • Não protegem das DST!!
	Vasectomia		

6. Contraceção de Emergência

Tipo	Método de contraceção	Quando deve ser usada?	Como se toma?
Contraceção de Emergência	"Pílula do dia seguinte"	<p>Deve ser utilizada sempre que se teve relações sexuais desprotegidas e não se quer engravidar:</p> <ul style="list-style-type: none"> quando não se estava a usar corretamente uma contraceção regular – por exemplo, esquecimentos na toma da pílula; quando a contraceção falhou – por exemplo, o preservativo rompeu ou ficou retido na vagina; sem usar contraceção. 	<ul style="list-style-type: none"> Deve ser tomada nos primeiros 5 dias após as relações desprotegidas, sabendo-se que quanto mais cedo for tomada, maior a sua eficácia. Cada embalagem contém apenas 1 comprimido, que deve ser tomado com alimentos para diminuir a ocorrência de náuseas; Não é necessária receita médica - pode ser adquirida directamente numa farmácia. Os centros de saúde, urgências de ginecologia e centros de atendimento a jovens fornecem gratuitamente.

6. Contraceção de Emergência

Tipo	Método de contraceção	Quando deve ser usada?	Como se toma?
ATENÇÃO:	<ul style="list-style-type: none"> Não protege das DST; Usar de forma repetida, não "faz mal à saúde"... como muitas vezes se anuncia. Mas é sem dúvida um sinal de que se deve procurar uma contraceção regular, mais eficaz; Quando se continua a ter relações sexuais depois de usar a pílula do dia seguinte, deve-se utilizar um outro método de contraceção até ao fim desse ciclo; Não protege para as relações sexuais seguintes. 		

Nunca esquecer...

O ÚNICO MÉTODO QUE PROTEGE DE *DST* É O PRESERVATIVO!

- Pode e deve ser utilizado em associação com qualquer um dos outros métodos para prevenir as infecções de transmissão sexual!
- Não se aplica apenas a situações “de risco”!
- É uma forma de comportamento saudável que protege a tua saúde e a do teu parceiro(a)!
- É a melhor forma de evitar as infecções que podem vir a afectar a fertilidade futura.



Referências Bibliográficas

- Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Lisboa, Portugal. Disponível em: www.saudereprodutiva.dgs.pt
- Imagens disponíveis em: www.google.pt
- Vídeo disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Ed9lOqEea3Q>

Apêndice IX – Plano da Sessão de Educação para a Saúde “Afetos e Sexualidade na Adolescência – Métodos Contracetivos”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica

**Plano da Sessão “Afetos e Sexualidade na Adolescência – Métodos
Contracetivos”**

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica*, 2º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer na USF [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED].

Lisboa, 3 de Junho de 2018

Plano da Sessão

1. **Projecto:** Colaboração com a UCC de [REDACTED]
2. **Tema:** “Afetos e Sexualidade na Adolescência – Métodos Contraceptivos”
3. **Local:** Externato [REDACTED], [REDACTED]
4. **População Alvo:** Quatro Turmas com alunos do 9ºano de escolaridade, com idades entre os 13 e os 18 anos
5. **Objectivos:**
 - Promover a aquisição de conhecimentos sobre métodos contraceptivos;
 - Promover uma sexualidade saudável e segura.

Plano da Sessão

	Conteúdos	Métodos Pedagógicos	Materiais de apoio Pedagógicos	Tempo Previsto	Avaliação da Sessão
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação e Enquadramento do tema; • Nota Introdutória. 	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p>		5 min.	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de vídeo “os afetos e a sexualidade”; • O que são Métodos Contraceptivos? • Que tipo de Métodos Contraceptivos existem? • Métodos Contraceptivos Reversíveis • Métodos Contraceptivos Irreversíveis • Contraceção de Emergência 	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Demonstrativo</p>	Videoprojector Computador	20 min.	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da temática e principais pontos abordados; • Apresentação de amostras de métodos contraceptivos • Avaliação da Sessão. 	Expositivo	Exposição de amostras de métodos contraceptivos	10 min.	Entrega de questionário de avaliação da Sessão aos participantes

**Apêndice X – Questionário de avaliação da Sessão de Educação para a Saúde
“Afetos e Sexualidade na Adolescência – Métodos Contracetivos”**

Questionário de Avaliação Final da Sessão “Afetos e Sexualidade na Adolescência – Métodos Contraceptivos”

DESIGNAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:

DATA: _____

NOME DO PARTICIPANTE (facultativo):

LOCAL DA SESSÃO:

O objectivo deste questionário é conhecer a sua opinião relativamente à sessão de educação para a saúde que frequentou. Obrigado pela sua colaboração.

Escala de avaliação

Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

Por favor assinale no respetivo na escala de 1 a 5, a pontuação que considera mais adequada.

1 – Qual a importância que atribui a esta acção como contributo...

	1	2	3	4	5
1.1 Na aquisição de conhecimentos sobre métodos contraceptivos					
1.2 Na promoção de uma sexualidade saudável e segura					

2 – Como avalia a sessão de educação para a saúde em relação a:

	1	2	3	4	5
2.1 Duração					
2.2 Importância do tema					
2.3 Método de apresentação					
2.4 Apreciação Global					

3 - Como avalia a Enfermeira que apresentou a sessão

	1	2	3	4	5
3.1 Domínio demonstrado do tema					
3.2 Exposição clara e precisa do conteúdo					
3.3 Motivação e incentivo à participação					
3.4 Apreciação Global					

Pontos fortes desta sessão de educação para a saúde

Pontos fracos desta sessão de educação para a saúde

Sessões de educação para a saúde em que gostaria de participar futuramente

Apêndice XI – Tratamento de dados da Sessão de Educação para a Saúde
“Afetos e Sexualidade na Adolescência – Métodos Contracetivos”

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica

Tratamento de Dados do Questionário de Avaliação da Sessão “Afetos e Sexualidade na Adolescência – Métodos Contracetivos”

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica*, 2º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer na USF [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED].

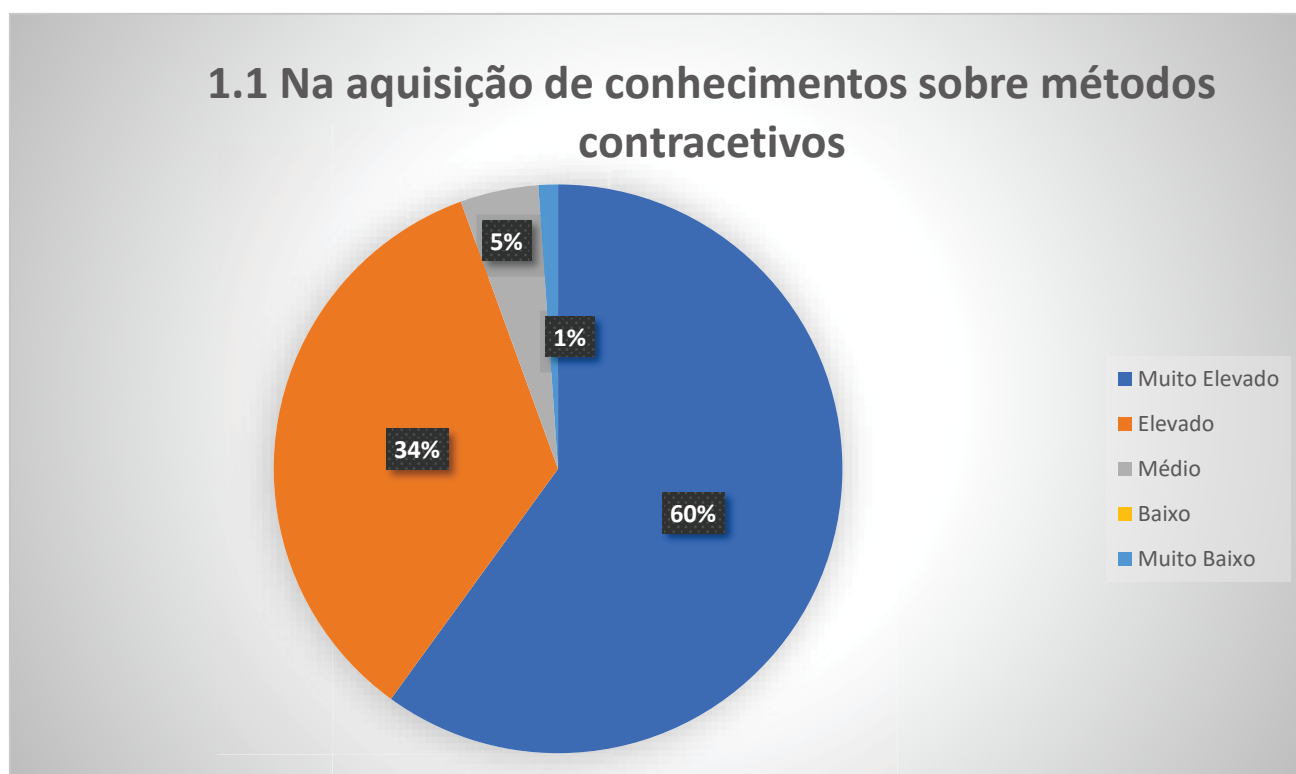
Lisboa, 4 de Junho de 2018

Escala de avaliação

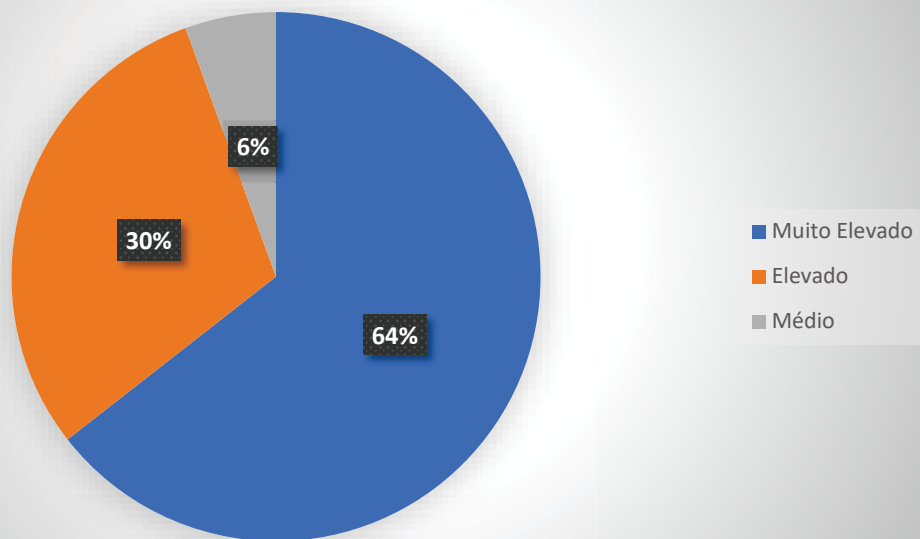
Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

n = 90

1. Qual a importância que atribui a esta acção como contributo...

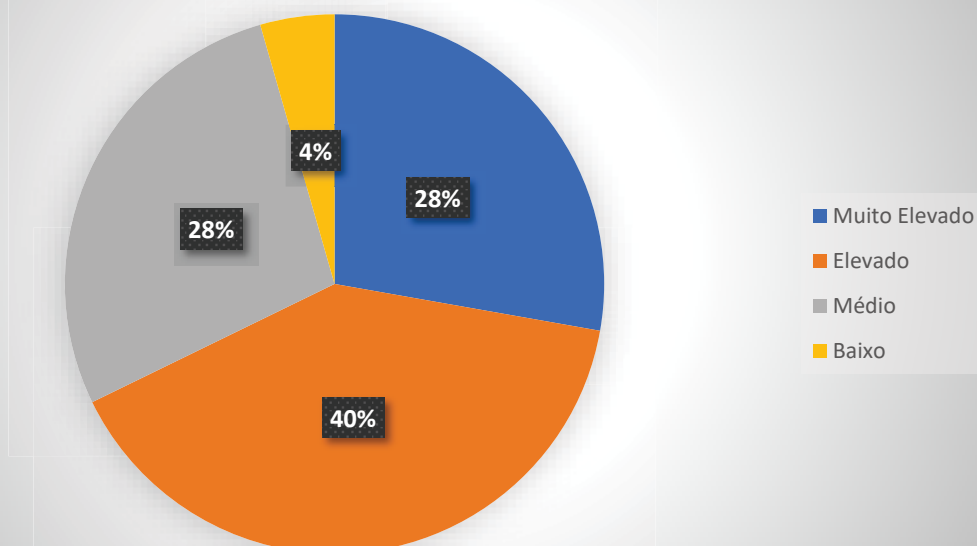


1.2 Na promoção de uma sexualidade saudável e segura

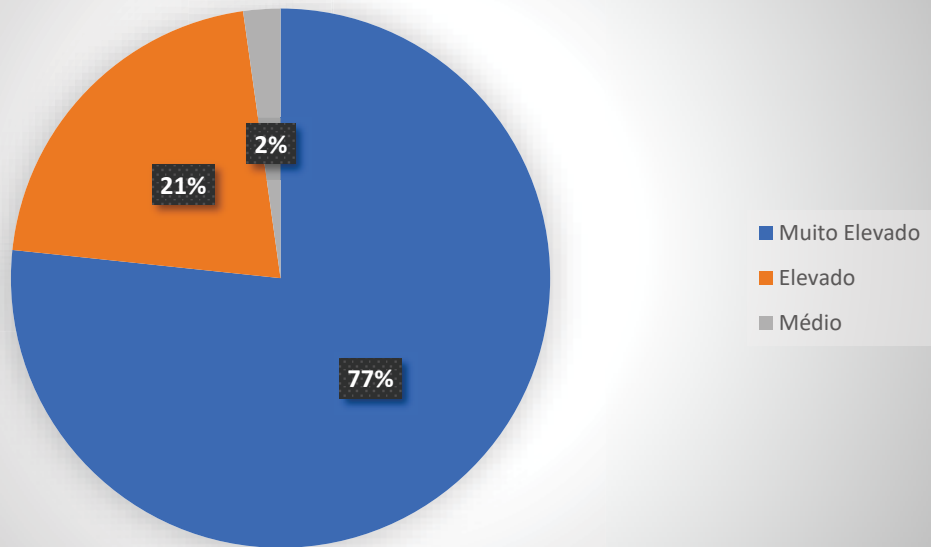


2. Como avalia a sessão de educação para a saúde em relação a:

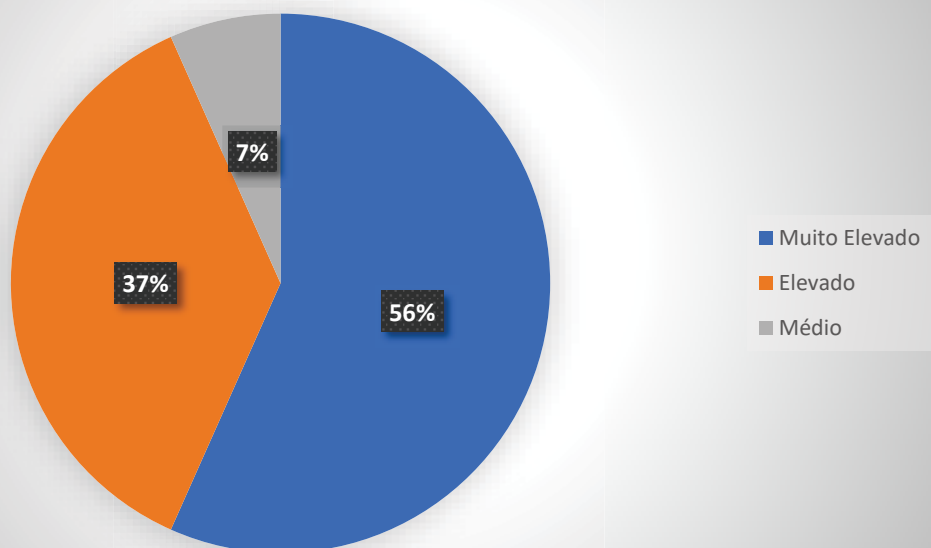
2.1 Duração

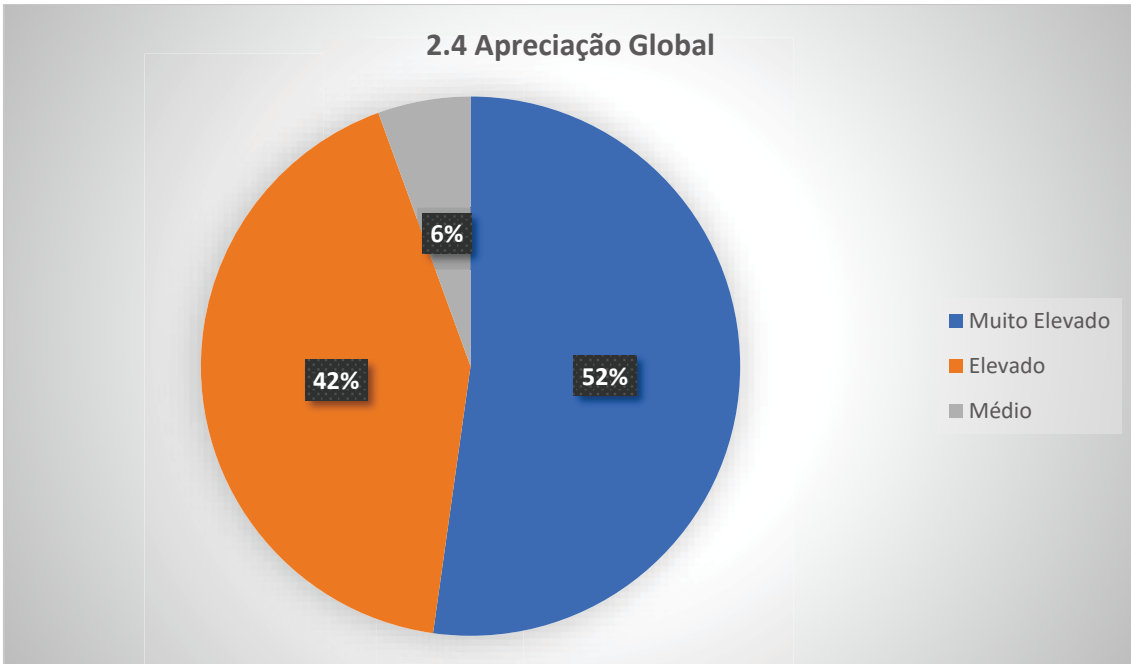


2.2 Importância do tema

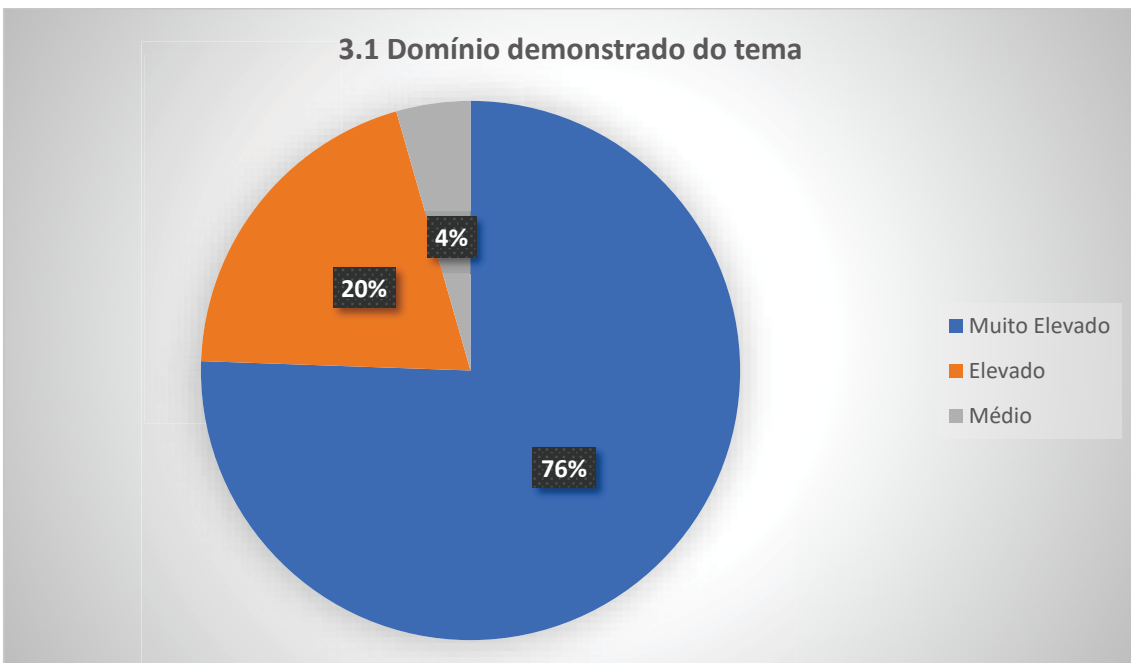


2.3 Método de apresentação

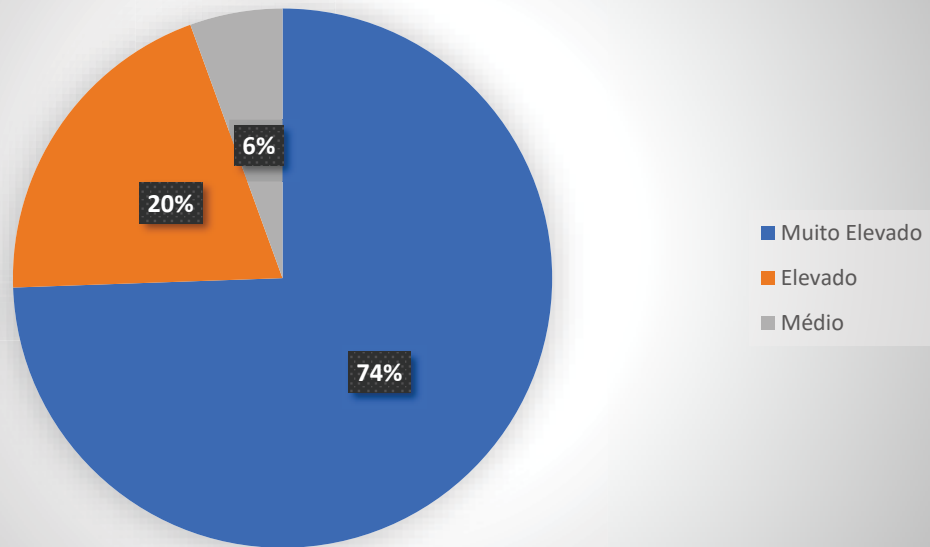




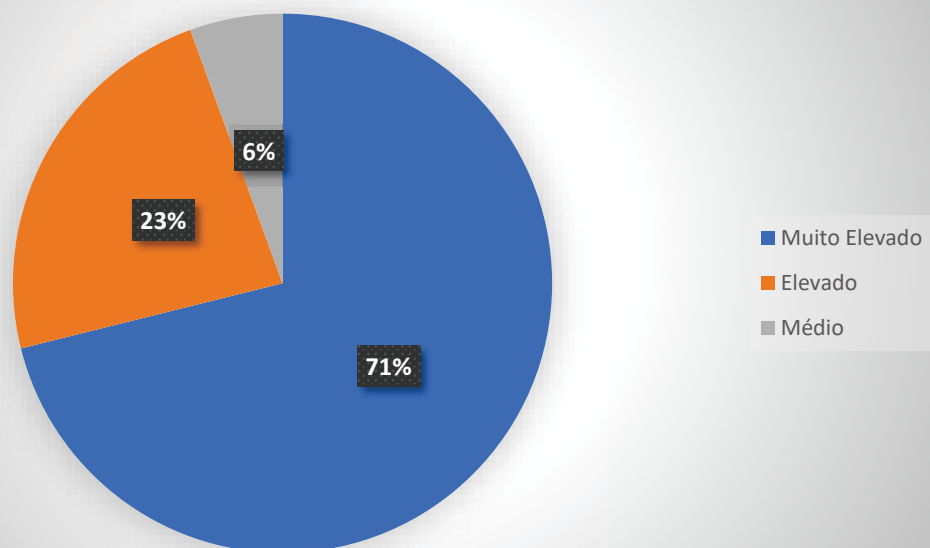
3. Como avalia a Enfermeira que apresentou a sessão

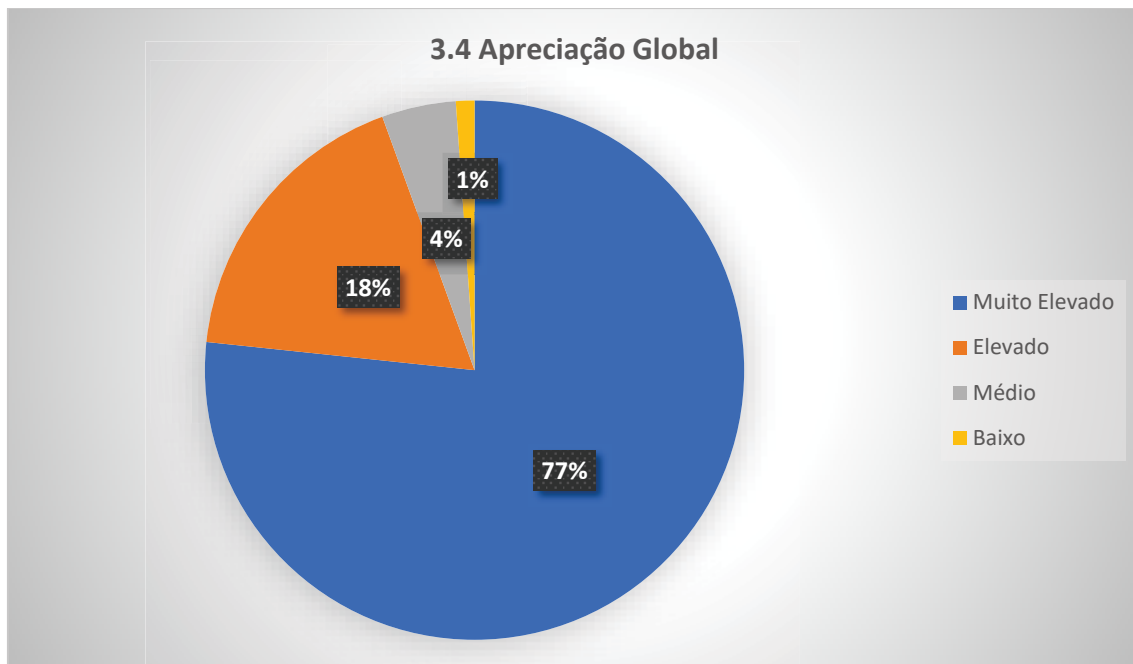


3.2 Exposição clara e precisa do conteúdo



3.3 Motivação e incentivo à participação





Pontos fortes desta sessão de educação para a saúde:

- “Saber utilizar o preservativo” (SIC)
- “Aprendizagem” (SIC)
- “Demonstração de como colocar o preservativo feminino e masculino” (SIC)
- “Informação sobre métodos contraceptivos” (SIC)
- “Ensino sobre doenças sexualmente transmissíveis” (SIC)
- “A boa apresentação e explicação das enfermeiras” (SIC)
- “Esclareceu as minhas dúvidas” (SIC)
- “Toda a sessão” (SIC)
- “Método de apresentação, figuras e exemplos” (SIC)
- “Sexualidade” (SIC)
- “Consciência” (SIC)
- “Tudo foi importante, destaco a importância na nossa vida sexual futura” (SIC)
- “Bem explícito” (SIC)
- “Alentação” para as doenças que podem provenir do ato sexual. Colocação e explicação de como se coloca um preservativo” (SIC)
- “Prevenção de uma gravidez e transmissão de doenças sexualmente transmissíveis” (SIC)

- “Liberdade da exposição de dúvidas sem receio e o incentivo a uma vida sexual segura” (SIC)
- “O incentivo ao uso de métodos contraceptivos para a prevenção de doenças ou gravidez não planeadas” (SIC)
- “Apresentação de muita informação, bem explicada e apresentação teórica e prática” (SIC)

Pontos fracos desta sessão de educação para a saúde:

- “Pouco tempo” (SIC)
- “Não teve” (SIC)
- “Não perguntaram se tinham uma vida sexual activa ou inactiva” (SIC)
- “Não encontro pontos fracos nesta apresentação” (SIC)
- “Vários métodos que dão doenças sem preservativo” (SIC)

Sessões de educação para a saúde e, que gostariam de participar futuramente

- “Nenhuma” (SIC)
- “Tabaco, drogas, higiene e álcool” (SIC)
- “Álcool, drogas e problemas na adolescência” (SIC)

Apêndice XII – Sessão de Educação para a Saúde “Amamentação”

AMAMENTAÇÃO

[REDACTED], 7 de Junho de 2018

Docente: Professora Doutora Margarida Lourenço

Orientadora: [REDACTED]

Discente: Joana Filipa Ferreira Santos, n.º 192017052

Sumário

- ❖ Nota Introdutória
- ❖ Anatomia da Mama
- ❖ Como Funciona a Amamentação?
- ❖ Características do Leite Materno
- ❖ Vantagens do Aleitamento Materno para o Bebê e para a Mãe
- ❖ Frequência da Mamada
- ❖ Eficácia da Mamada
- ❖ Sinais de Boa Pega
- ❖ Posicionamentos na Amamentação
- ❖ Dificuldades na Amamentação
- ❖ Tipos de Mamilo
- ❖ Alimentação Materna
- ❖ Referências Bibliográficas



Nota Introdutória

A OMS e a UNICEF defendem o apoio, promoção e proteção do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida e a manutenção da amamentação complementado com outros alimentos até aos 2 anos de idade

Nelas, Ferreira e Duarte (2008)

“O aleitamento materno satisfaz as necessidades do bebé, promove a proximidade entre mãe e filho e fortalece o vínculo iniciado na gestação.”

Nelas, Ferreira e Duarte (2008)

Anatomia da Mama

- N.º aberturas dos ductos de 4-18 (anterior:15-20);
- Ramificação dos ductos mais perto do mamilo;

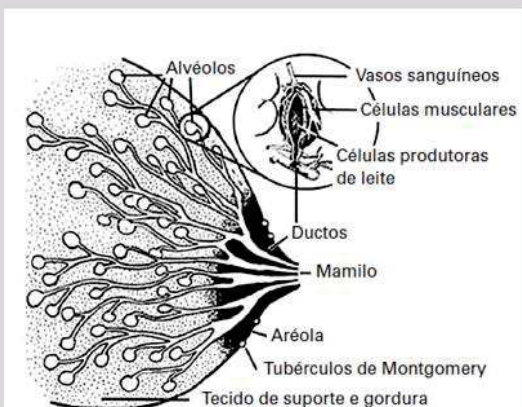


Fig. 1 – Anatomia da mama

Como Funciona a Amamentação?

Prolactina e Ocitocina

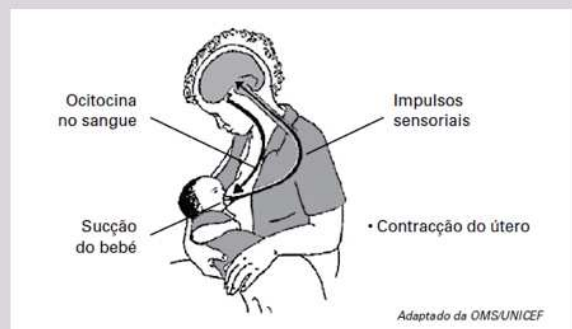
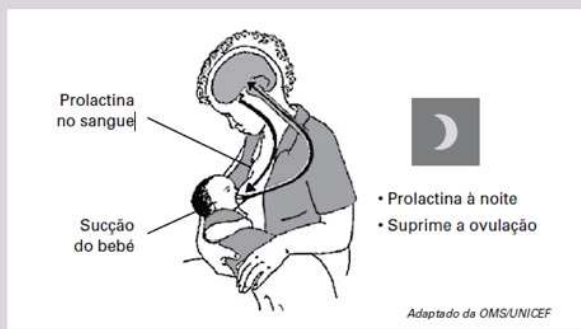


Fig. 2 – Prolactina e Ocitocina

(Levy e Bértolo, 2012)

Como Funciona a Amamentação?

Prolactina



(Levy e Bértolo, 2012)

Como Funciona a Amamentação?



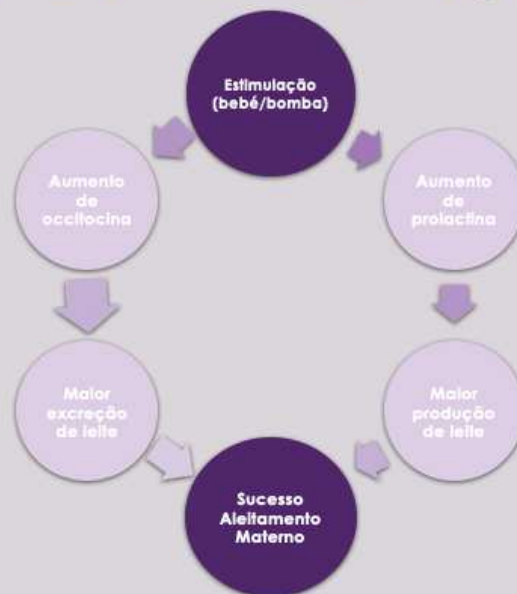
Como Funciona a Amamentação?



Fig. 3 – Como estimular a produção de Ocitocina

(Levy e Bértolo, 2012)

Como Funciona a Amamentação?

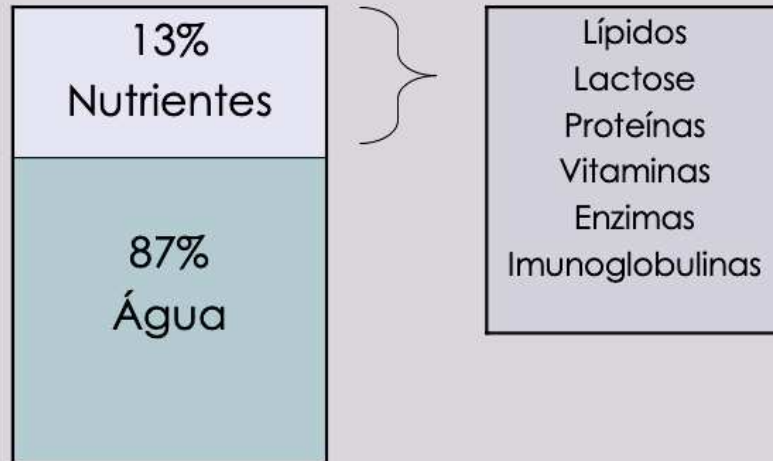


(Levy e Bértolo, 2012)

Características do Leite Materno

	Leite Materno	Leite animal	Leite em pó
Contaminantes bacterianos	-	Provável	Provável quando misturado
Factores anti-infecciosos	+	-	-
Factores crescimento	+	-	-
Proteína	Quantidade correcta e fácil de digerir	Demasiadas, difícil de digerir	Parcialmente corrigido
Gordura	Bastantes ácidos gordos essenciais	Falta gorduras essenciais	Falta gorduras essenciais
Ferro	Pequena quantidade, bem absorvido	Extra	Extra é adicionado, não é bem absorvido
Vitaminas	Suficiente	Insuficiente A e C	Devem ser adicionadas vitaminas

Características do Leite Materno



Características do Leite Materno

Colostro	Leite de Transição	Leite Maduro
<ul style="list-style-type: none">• Secretado nos primeiros 5 dias (pode existir desde as 20s);• Líquido branco transparente ou amarelo, que se mantém durante 2 a 3 dias;• Importante para proteger o bebé de infecções;• Efeito laxante.	<ul style="list-style-type: none">• Ocorre a "descida" de leite.	<ul style="list-style-type: none">• No início da mamada: maior quantidade de proteínas, lactose e água;• Final da mamada: maior quantidade de gordura.

Vantagens do Leite Materno

O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções.

(Levy e Bértolo, 2012)

As vantagens do **aleitamento materno são múltiplas e já bastante reconhecidas**, quer a curto, quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida.

(Levy e Bértolo, 2012)



Vantagens do Leite Materno para o Bebê

- Nutricionais, anti-infecciosas, imunológicas, cognitivas, e afetivas;
- Importante na estimulação da musculatura oro facial;
- Previne infecções gastrintestinais, respiratórias e urinárias;
- Efeito protector sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca;



(Levy e Bértolo, 2012)

Vantagens do Leite Materno para o Bebê

- Permite uma melhor adaptação a outros alimentos;
- Melhor desenvolvimento psico-motor;
- Melhor desenvolvimento afectivo;
- Promoção da vinculação;
- A longo prazo, importante para a **prevenção da diabetes e de linfomas.**



Vantagens do Leite Materno para a Mãe

- Facilita uma involução uterina mais precoce;
- Menor probabilidade de desenvolvimento de cancro da mama e do ovário;
- Recuperação física mais rápida;
- Promoção da vinculação;
- Efeito anti-stress/tranquilizante (produzido pela ocitocina);
- Facilita desenvolvimento do comportamento maternal;
- **Sobretudo**, permite à mãe sentir o prazer único de amamentar.



Vantagens do Leite Materno em Geral

Para além de todas estas vantagens, o aleitamento constitui o **método mais barato e seguro** de alimentar os bebés e, na maioria das situações, protege as mães de uma nova gravidez.

(Levy e Bértolo, 2012)

O sucesso do **aleitamento materno pode ainda ser definido pela qualidade** da interacção entre mãe e bebé, durante a mamada, pois este proporciona a oportunidade de contacto físico e visual e a vivência da cooperação mútua entre a mãe e o bebé.

(Levy e Bértolo, 2012)

Frequência da Mamada

O horário não é o mais importante

- O bebé deve ser alimentado quando tem fome –*regime livre*;
- Quando um bebé tem fome acorda para comer, e este alerta é importante para uma melhor ingestão de leite materno;
- O bebé deve primeiro esvaziar a primeira mama e se depois disso continuar com fome é que lhe é oferecida a segunda mama;
- Não se deve deixar o bebé dormir mais de **3 horas** durante o primeiro mês de vida.

(Levy e Bértolo, 2012)

Eficácia da Mamada

A duração da mamada não é importante, pois a maior parte dos bebês mamam 90% do que precisam em 4 minutos. Alguns bebês prolongam mais as mamadas, por vezes até 30 minutos ou mais.



(Levy e Bértolo, 2012)

O que interessa é perceber que o bebê está a obter leite da mama da mãe e não está a fazer da mama da mãe uma chupeta → **macerar os mamilos, criar fissuras** e levar a mãe a **desistir da amamentação**.

(Levy e Bértolo, 2012)

Eficácia da Mamada

Como saber que a Mamada está a ser eficaz?

- Sucção é mais lenta do que com uma chupeta;
- Bebê enche as bochechas de leite;
- Quando se ouve o bebê a engolir o leite;
- A pesagem do bebê e uma boa progressão do seu peso garantem que o bebê está a ser bem alimentado.

(Levy e Bértolo, 2012)

O mais importante é **a ausência de stress**

Sinais de Boa Pega

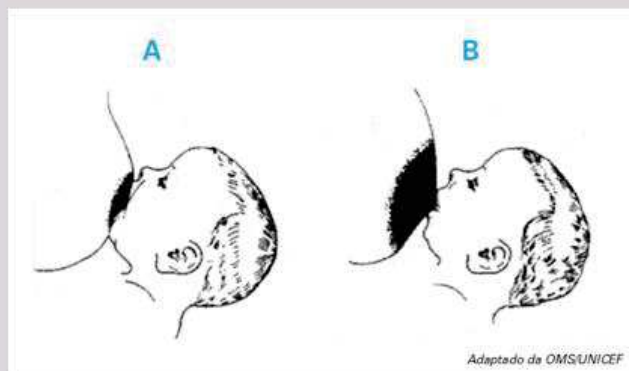


Fig. 4 – A – Pega correta; B – Pega incorreta

(Levy e Bértolo, 2012)



Fig. 5 – A pega

Sinais de Boa Pega

Pega Correcta

- O queixo toca a mama;
- Boca bem aberta;
- Lábio inferior virado para fora;
- Pode-se ver mais aréola acima do que abaixo da boca do bebé.

Pega Incorrecta

- O queixo não toca na mama;
- A boca não está bem aberta;
- O lábio inferior não está virado para fora;
- Vê-se a mesma quantidade de aréola acima e abaixo da boca do bebé.

(Levy e Bértolo, 2012)

Posicionamentos na Amamentação



Fig. 6 – Posicionamentos na Amamentação

Posicionamentos na Amamentação para Gémeos



Fig. 7 – Posicionamentos na Amamentação para Gémeos

Dificuldades na Amamentação

Ingurgitamento Mamário

Descida do leite 2.º - 3.º dias → As mamas podem ficar:

- Quentes;
- Mais pesadas e duras;
- Pode haver ligeiro aumento da temperatura corporal que não ultrapassa,
- Em regra, os 38°C, durante 24 horas.



Fig. 8 – Ingurgitamento Mamário

Dificuldades na Amamentação

Ingurgitamento Mamário

Quando o leite não é retirado em quantidade suficiente as mamas podem ficar ingurgitadas:

- Tensas;
- Brilhantes;
- Dolorosas;
- Pode ser difícil retirar o leite;
- ↑ probabilidade de infecção.



Fig. 8 – Ingurgitamento Mamário

Dificuldades na Amamentação

Ingurgitamento Mamário

Como Prevenir o Ingurgitamento Mamário?

- As mães devem dar de mamar em horário livre (sempre que o bebé quiser);
- Colocar o bebé a mamar em posição correcta e verificar os sinais de boa pega.

Como Tratar o Ingurgitamento Mamário?

- Retirar o leite da mama, colocando o bebé a mamar, se possível, ou com expressão manual ou bomba (lavar as mãos cuidadosamente antes de tocar nas mamas);
- Quando conseguir retirar um pouco de leite, a mama fica mais macia e o bebé poderá sugar mais eficazmente;
- Deve continuar a retirar com a frequência necessária para que as mamas fiquem mais confortáveis e até que o ingurgitamento desapareça.

(Levy e Bértolo, 2012)

Dificuldades na Amamentação

Ingurgitamento Mamário

Como Tratar o Ingurgitamento Mamário?

- A mãe consegue retirar o leite mais facilmente se estimular o reflexo de ocitocina;
- Estiver descontraída e com o bebé por perto;
- Passar com o chuveiro ou com água quente;
- Beber uma bebida morna (excepto café, chá preto ou cacau);
- Massajar levemente com a ponta dos dedos ou com a mão fechada na direção dos mamilos;
- Se as mamas apresentarem edema (inchaço), pode aplicar água fria ou gelo, depois de retirar o leite.

(Levy e Bértolo, 2012)

Dificuldades na Amamentação

Mastite

Se o ducto (canal) bloqueado não drenar o leite, ou no caso de ingurgitamento mamário grave, o tecido mamário pode infectar.

Sinais de Mastite:

- Mama avermelhada;
- Quente;
- Com tumefacção (inchada);
- Dolorosa;
- A mulher tem febre, normalmente elevada, e sente grande mal-estar.

(Levy e Bértolo, 2012)

Dificuldades na Amamentação

Mastite

Como tratar a Mastite:

- Ser observada por um médico o mais rapidamente possível;
- Repousar;
- Retirar o leite manualmente, ou com bomba;
- Continuar a amamentar do lado não afetado.

(Levy e Bértolo, 2012)

Dificuldades na Amamentação

Mamilos dolorosos e/ou com fissuras

A causa mais comum de dor nos mamilos é uma má adaptação do bebé à mama materna (pega incorrecta).

Como Prevenir Mamilos dolorosos e/ou com Fissuras?

- Colocar o bebé numa posição correcta (cabeça em linha reta com o corpo, face de frente para o mamilo);
- Verificar sinais de boa pega do bebé;
- Não deve lavar os mamilos com sabão;
- Não deve interromper a mamada, o bebé deve deixar a mama espontaneamente;
- Se a mãe tiver de interromper, deve colocar um dedo, suavemente, na boca do bebé de modo a interromper a sucção.



Fig. 8 – Fissura no Mamilo

(Levy e Bértolo, 2012)

Dificuldades na Amamentação

Mamilos dolorosos e/ou com fissuras

Como Tratar Mamilos dolorosos e/ou com Fissuras?

Na maior parte das vezes, a dor desaparece logo que a pega do bebê é corrigida.

- Iniciar a amamentação pelo mamilo não doloroso;
- Aplicar uma gota de leite no mamilo e aréola, após o banho e após cada mamada;
- Expor os mamilos ao ar e ao sol, sempre que possível, no intervalo das mamadas.



Fig. 8 – Fissura no Mamilo

(Levy e Bértolo, 2012)

Tipos de Mamilo

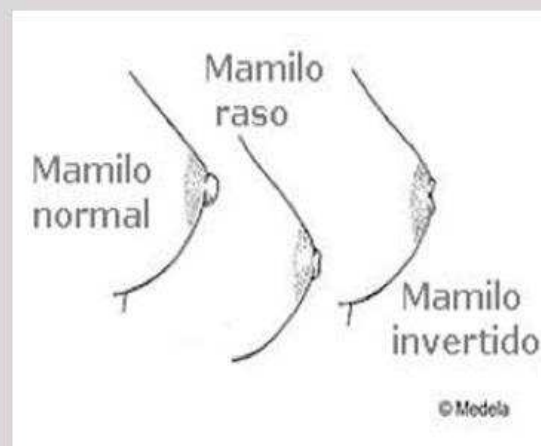


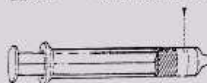
Fig. 9 – Tipos de Mamilo

Tipos de Mamilo

Mamilos planos e invertidos

1. Colocar o bebê à mama após o nascimento
2. Tentar várias posições para amamentar
3. Utilizar bomba ou seringa para ajudar o mamilo a ficar mais saliente, antes de amamentar.

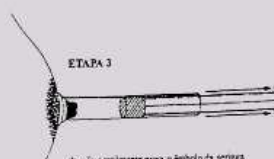
ETAPA 1 Cortar ao longo desta linha com uma lâmina



ETAPA 2



Inserir o êmbolo a partir da extremidade cortada



ETAPA 3

A mãe amamenta o bebê com o êmbolo da seringa

(Levy e Bértolo, 2012)

Alimentação Materna

Existem alguns alimentos que não devo comer?

Se na família houver casos de alergia, as mães não deverão abusar do leite e dos seus derivados.

Caso contrário, deverão praticar uma **dieta saudável e variada**, evitando comer grandes quantidades de qualquer alimento ou alimentos mais alergizantes ou que possam excitar o bebê

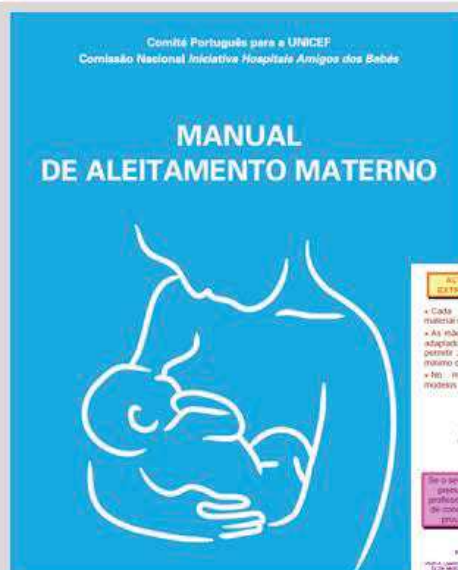
(Levy e Bértolo, 2012)



Amamentação – Importância da Família



Imagens disponíveis em: www.google.pt



AMAMENTAR O SEU BEBÉ É DAR-LHE O MELHOR E MAIS EQUILIBRADO INÍCIO DE VIDA...

Para si que decidiu amamentar o seu bebé, este é um momento muito especial entre ambos.

Não se esqueça de si própria e das suas necessidades, o que trará benefícios para ambos.

CONTACTOS ÚTEIS

- Mama Mater - Associação pro Aleitamento Materno de Portugal
www.mamamater.org

ALTERNATIVAS PARA EXTRAIR LEITE MATERNO

- Cada mãe deve escolher o método que melhor se adapta a si
- As máquinas e os cones graduados adaptados à mama, deverão permitir a maior eficácia, com um mínimo de desconforto.
- No mercado existem muitas máquinas disponíveis.



Se o seu bebé nunca dormiu no peito, converse com os profissionais de saúde ou procure as orientações publicadas no site www.mamamater.org

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
Levy, L. & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento materno. Recuperado de [://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf](http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf)
Nelas, P., Ferreira, M. & Duarte, J. (2008). Motivação para a Amamentação: construção de um instrumento de medida. *Referência, II Série* (6), 39-56.



Amamentação



Como resolver pequenos problemas

Referências Bibliográficas

- ❖ Levy, L. & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento materno. Recuperado de [://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf](http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf)
- ❖ Nelas, P., Ferreira, M. & Duarte, J. (2008). Motivação para a Amamentação: construção de um instrumento de medida. *Referência, II Série* (6), 39-56.

Vídeo disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=BLiB6PeP5P4>

Apêndice XIII – Plano da Sessão de Educação para a Saúde “Amamentação”

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica

Plano da Sessão “*Amamentação*”

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica*, 2º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer na USF [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED]

Lisboa, 7 de Junho de 2018

Plano da Sessão

1. **Projecto:** Colaboração com a UCC [REDACTED] – Curso de preparação para o parto.
2. **Tema:** “Amamentação”
3. **Local:** Sala de Formação, USF [REDACTED]
4. **População Alvo:** Turma de Mulheres a frequentar sessões de Preparação para o parto
5. **Objectivos:**
 - Promover o desenvolvimento de competências parentais;
 - Evidenciar a importância da amamentação.

Plano da Sessão

	Conteúdos	Métodos Pedagógicos	Materiais de apoio Pedagógicos	Tempo Previsto	Avaliação da Sessão
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação e Enquadramento do tema; • Nota Introdutória. 	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p>		5 min.	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Anatomia da Mama • Como Funciona a Amamentação? • Características do Leite Materno • Vantagens do Aleitamento Materno para o Bebê e para a Mãe • Frequência da Mamada • Eficácia da Mamada • Sinais de Boa Pega • Posicionamentos na Amamentação • Dificuldades na Amamentação • Tipos de Mamilo • Alimentação Materna 	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Demonstrativo</p>	<p>Videoprojector</p> <p>or</p> <p>Computador</p>	20 min.	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da temática e principais pontos abordados; • Apresentação de folhetos informativos da DGS; • Apresentação de Vídeo promotor da amamentação; • Avaliação da Sessão. 	<p>Expositivo</p>		10 min.	<p>Entrega de questionário de avaliação da Sessão aos participantes</p>

Apêndice XIV – Questionário de avaliação da Sessão de Educação para a Saúde “Amamentação”

Questionário de Avaliação Final da Sessão “Amamentação”

DESIGNAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:

DATA: _____

NOME DO PARTICIPANTE (facultativo):

LOCAL DA SESSÃO:

O objectivo deste questionário é conhecer a sua opinião relativamente à sessão de educação para a saúde que frequentou. Obrigado pela sua colaboração.

Escala de avaliação

Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

Por favor assinale no respetivo na escala de 1 a 5, a pontuação que considera mais adequada.

1 – Qual a importância que atribui a esta acção como contributo...

	1	2	3	4	5
1.1 Na aquisição de competências parentais					
1.2 Na promoção da amamentação					

2 – Como avalia a sessão de educação para a saúde em relação a:

	1	2	3	4	5
2.1 Duração					
2.2 Importância do tema					
2.3 Método de apresentação					
2.4 Apreciação Global					

3 - Como avalia a Enfermeira que apresentou a sessão

	1	2	3	4	5
3.1 Domínio demonstrado do tema					
3.2 Exposição clara e precisa do conteúdo					
3.3 Motivação e incentivo à participação					
3.4 Apreciação Global					

Pontos fortes desta sessão de educação para a saúde

Pontos fracos desta sessão de educação para a saúde

Sessões de educação para a saúde em que gostaria de participar futuramente

**Apêndice XV – Tratamento de dados da Sessão de Educação para a Saúde
“Amamentação”**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica

**Tratamento de Dados do Questionário de Avaliação da Sessão
“Amamentação”**

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica*, 2º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer na USF [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED].

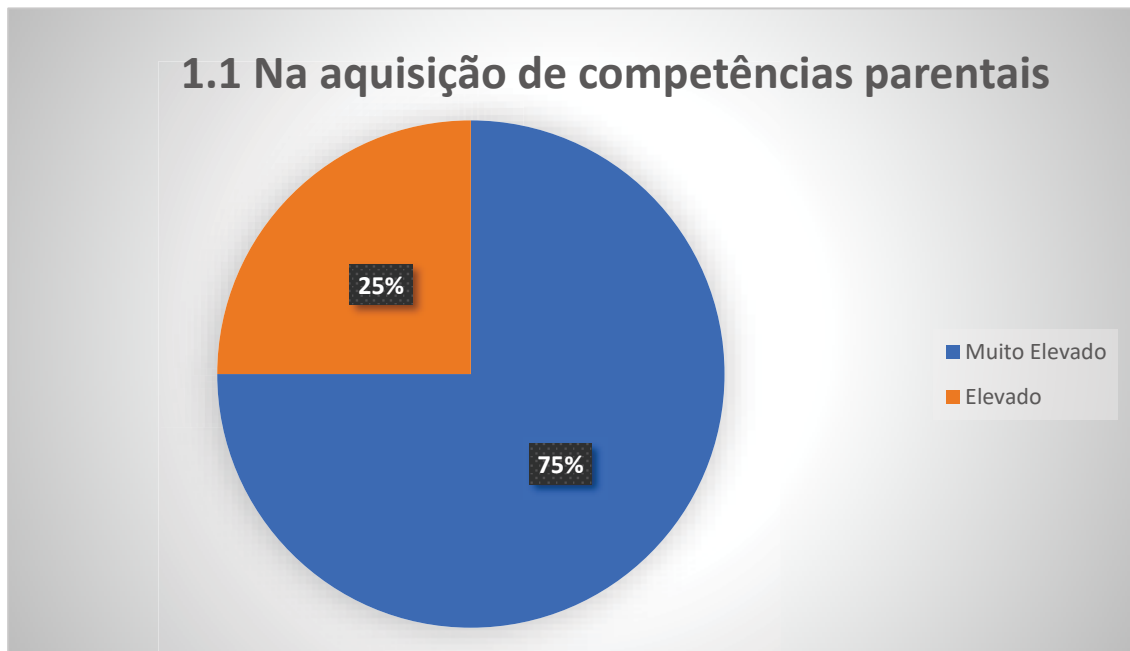
Lisboa, 7 de Junho de 2018

Escala de avaliação

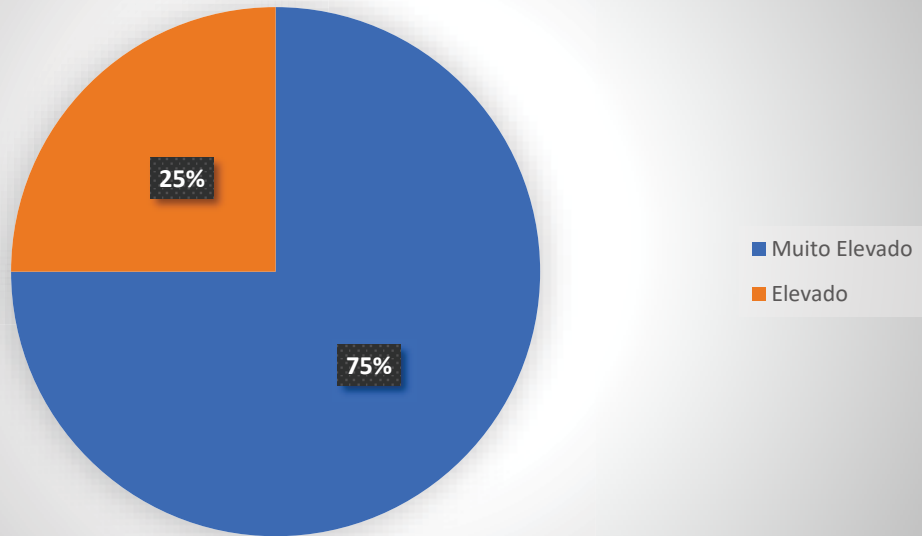
Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

n = 4 participantes

1. Qual a importância que atribui a esta acção como contributo...

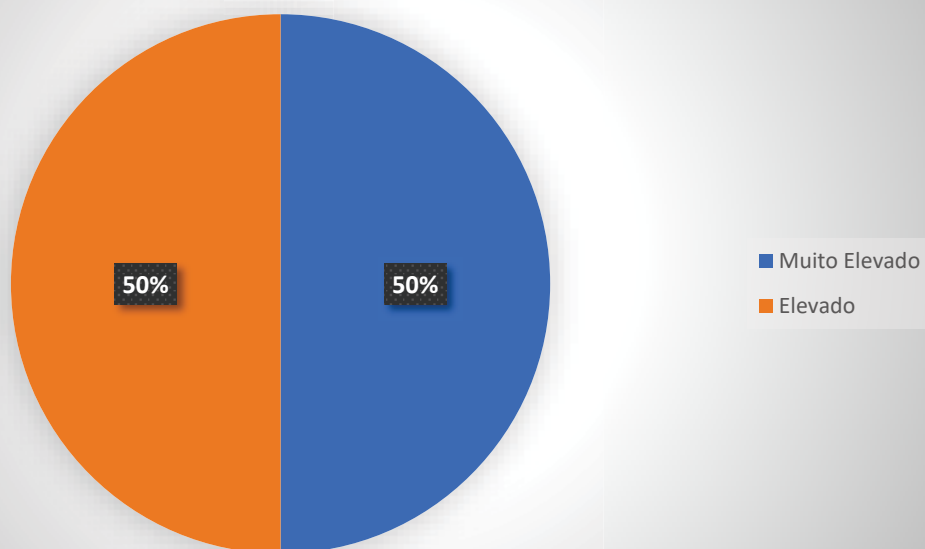


1.2 Na promoção da amamentação

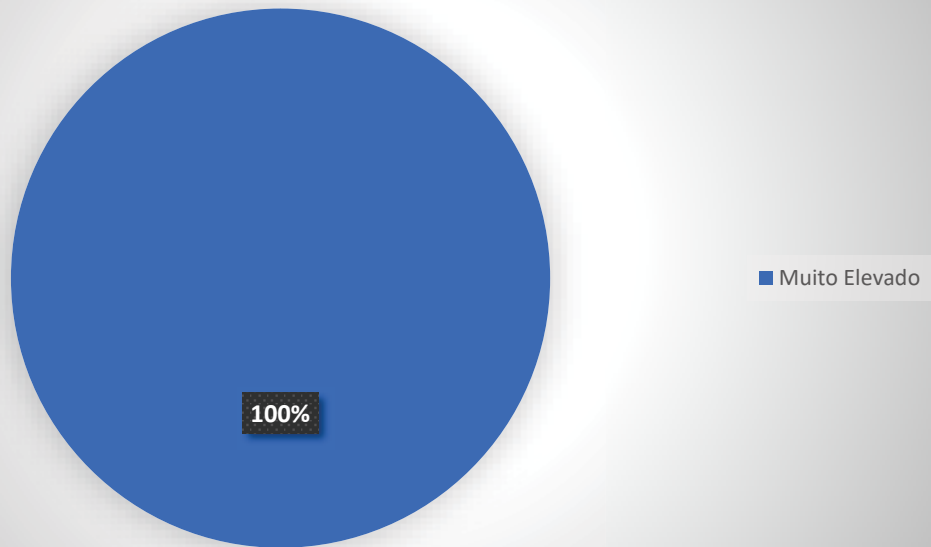


2. Como avalia a sessão de educação para a saúde em relação a:

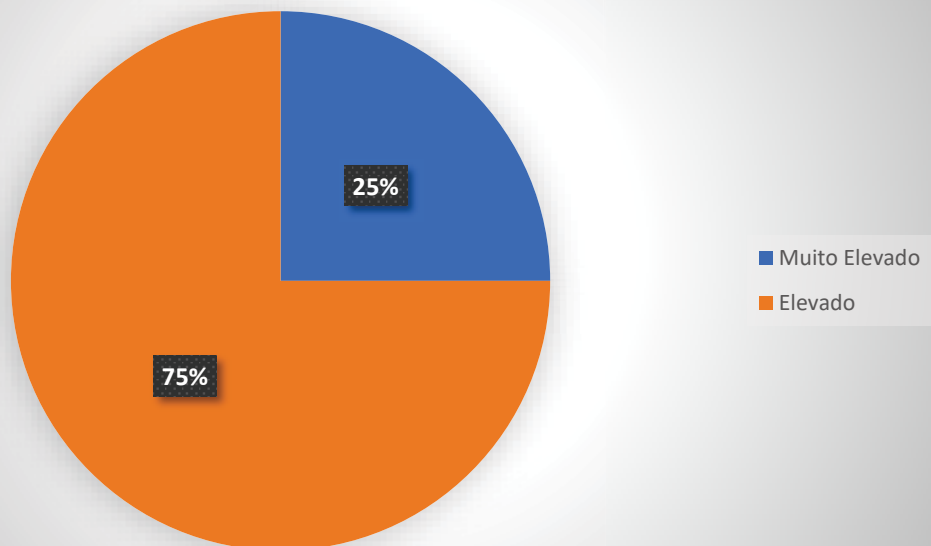
2.1 Duração

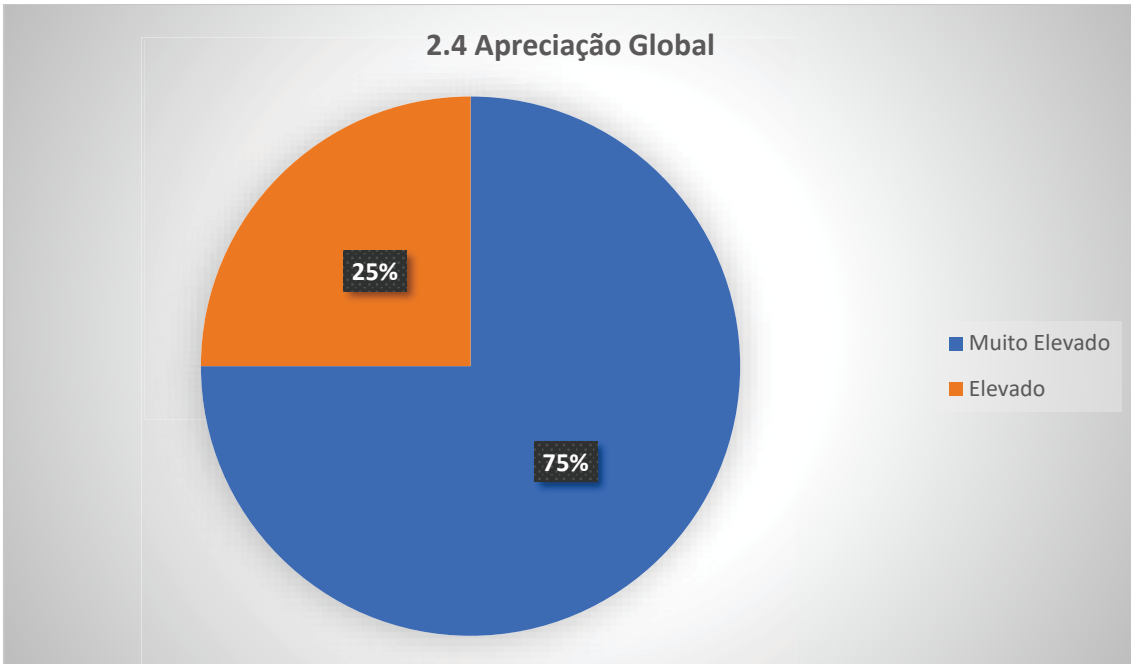


2.2 Importância do tema

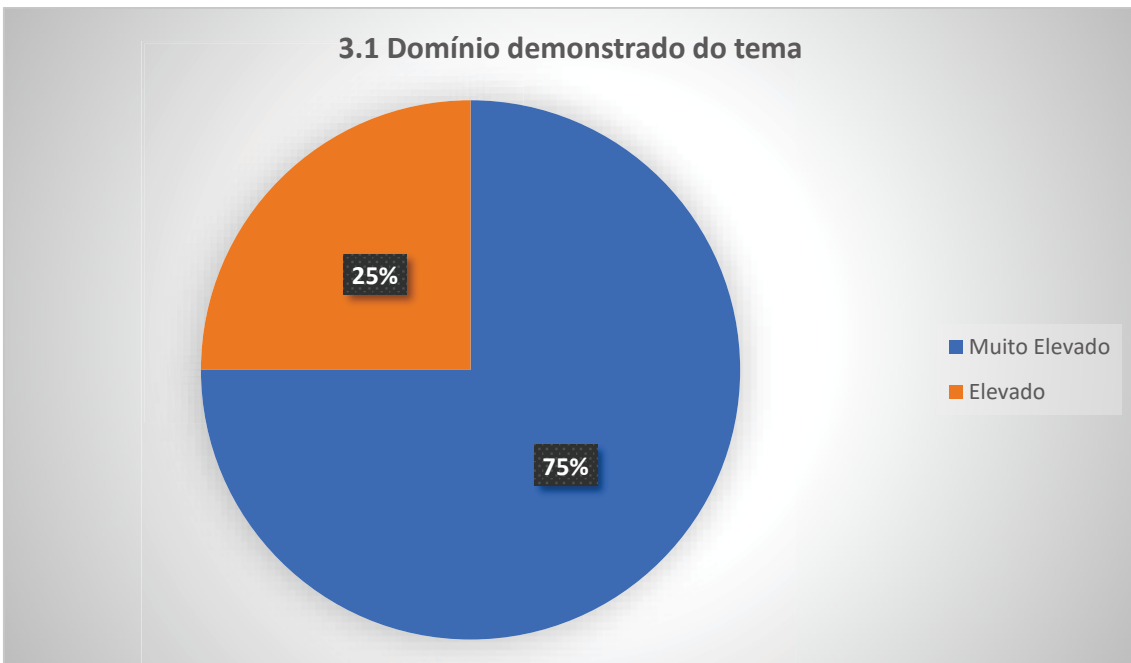


2.3 Método de apresentação

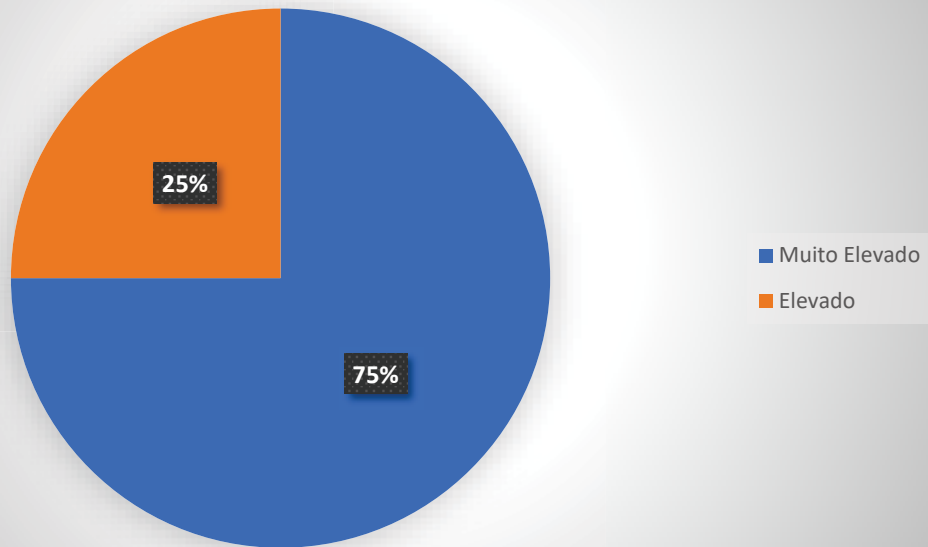




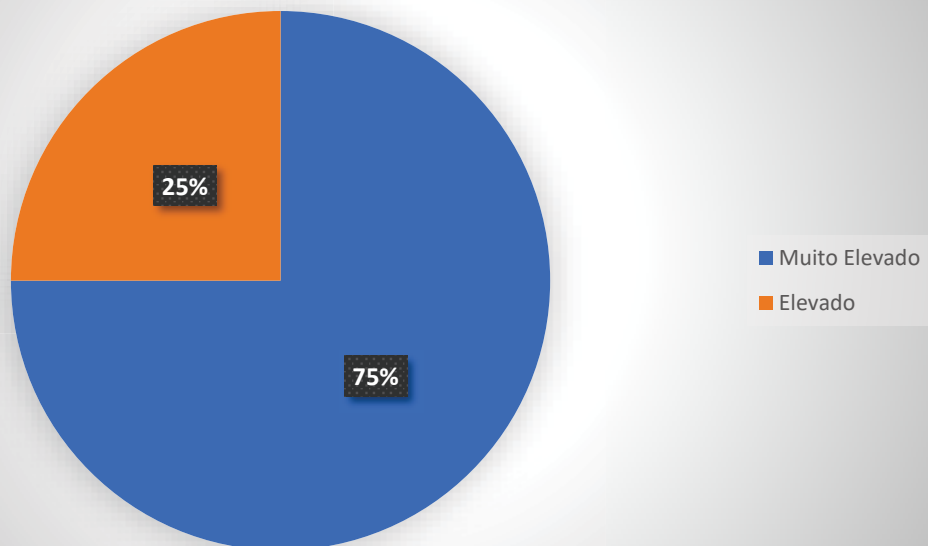
3. Como avalia a Enfermeira que apresentou a sessão

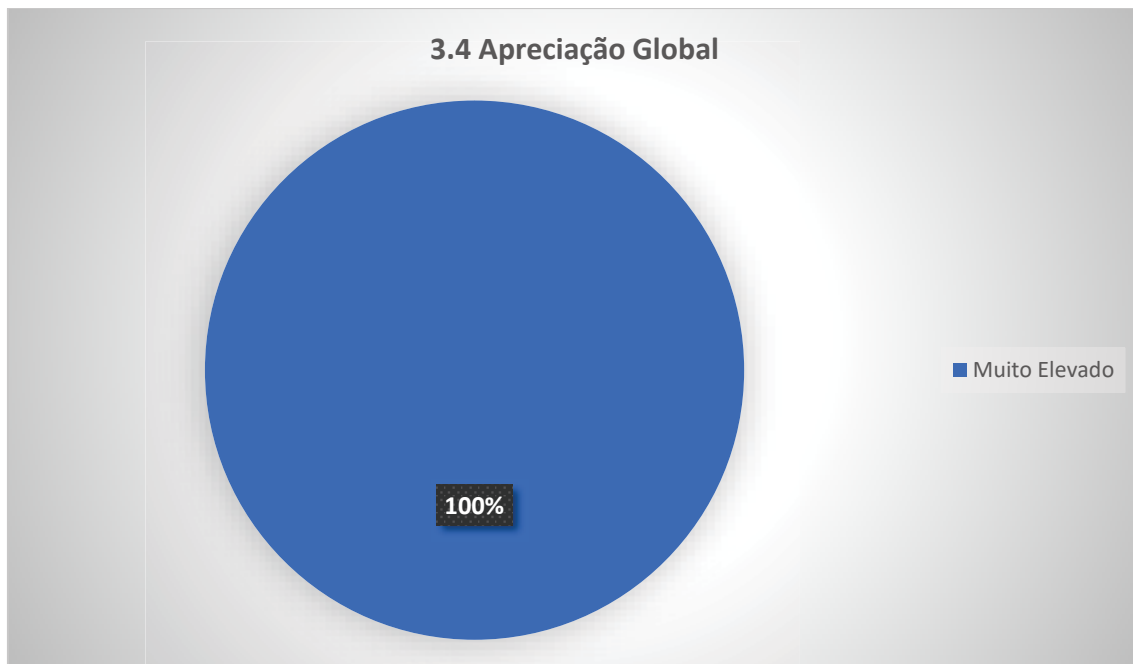


3.2 Exposição clara e precisa do conteúdo



3.3 Motivação e incentivo à participação





Pontos fortes desta sessão de educação para a saúde:

- “Dúvidas acerca da amamentação e expor” (SIC).
- “Todos” (SIC).

Pontos fracos desta sessão de educação para a saúde:

- Sem respostas.

Sessões de educação para a saúde e, que gostariam de participar futuramente

- Sem respostas

Apêndice XVI – Sessão de Educação para a Saúde “Desenvolver a Brincar”

DESENVOLVER A BRINCAR

Docente: Professora Doutora Margarida Lourenço

Orientadora: [REDACTED]

Discente: Joana Filipa Ferreira Santos, n.º 192017052

[REDACTED], 25 de Maio de 2018

Sumário

- 🔗 Nota Introdutória
- 🔗 Definição de Brincar
- 🔗 Vantagens do Brincar para o Desenvolvimento
- 🔗 Brincar em Família
- 🔗 Atividades Promotoras do Desenvolvimento
- 🔗 Referências Bibliográficas

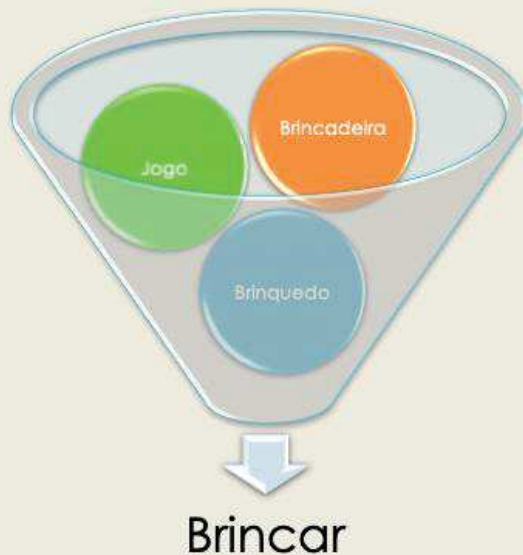


Nota Introdutória

- ✎ É através do brincar, que as crianças aprendem a contactar com o meio envolvente;
- ✎ O objectivo desta sessão de educação para a saúde é promover o desenvolvimento de competências parentais, focando a importância do brincar no desenvolvimento das crianças, com idades compreendidas entre o nascimento e os 5 anos.



Definição de Brincar



Vantagens de Brincar para o Desenvolvimento

“Brincar, a par da satisfação das necessidades básicas de alimentação, saúde, habitação e educação, é uma atividade fundamental para o desenvolvimento de capacidades da criança”

(Associação internacional para o direito da Criança Brincar, 1982)



Vantagens de Brincar para o Desenvolvimento

Promoção da relação

- Promoção da vinculação entre a criança e os pais;
- Estabelecimento de uma relação de segurança e conhecimento mútuo, permitindo aos pais conhecer a sua criança e qual a sua perspetiva do mundo que a rodeia;

Desenvolvimento de competências

- Desenvolvimento da capacidade para resolver problemas;
- Aquisição de competências emocionais e sociais, através da expressão de medos e sentimentos;
- Desenvolvimento da capacidade de resiliência;
- Desenvolvimento da capacidade de transferência da realidade para a brincadeira; ao brincar a criança mostra a forma como vê o mundo e o que a rodeia;

Promoção da saúde e bem-estar

- Promoção da atividade física;
- Fator protetor contra a ansiedade e o stress, tanto para os pais como para as crianças.

(Costa, et al, 2016; Lillard, 2015 e Ramos, et al, 2012)



Vantagens de Brincar para o Desenvolvimento

- Brincadeira simbólica e frequentemente utilizada pela maioria das crianças;
- Permite à criança transferir o que se passa na realidade para as suas brincadeiras, combatendo os seus medos enquanto pratica papéis de adultos, mostrando assim a forma como vê e interpreta o que a rodeia, acabando também por explorar os seus próprios limites (Ramos, et al., 2012);

Brincar ao "Faz de Conta"



Vantagens de Brincar para o Desenvolvimento

- Permite a compreensão do significado que a criança atribui a determinadas situações, mas que muitas vezes não é capaz de verbalizar;
- É frequente a criança encenar situações reais que já ocorreram, dar nome de familiares, amigos e pessoas significativas aos bonecos, dramatizando algumas das suas vivências, o que muitas vezes pode ser útil para o diagnóstico de uma situação-problema" (Ramos, et al., 2012).

Brincar ao "Faz de Conta"



Brincar em Família

Cada vez mais surgem alternativas ao estar com a família, sendo que "os pais de hoje são, com frequência, abordados com a ideia de que bons pais são aqueles que compram desmesuradamente jogos, brinquedos, "ocupação fora de casa", como as actividades fora do horário escolar."

(Ramos, et al., 2012)

QUAIS AS RAZÕES?



Brincar em Família

- ✎ Aumento do número de famílias com ambos os pais a trabalharem;
- ✎ Aumento do número de famílias monoparentais;
- ✎ Maioria das crianças frequenta creches e infantários desde cedo, bem como actividades extra-curriculares, ao invés de ficarem ao cuidado dos avós, como acontecia antigamente;
- ✎ Aumento da pressão exercida pelo marketing, por familiares e pela sociedade atual, promovendo a ideia de que bons pais são os que conseguem promover na criança todas as oportunidades de enriquecimento, conseguido nomeadamente através de actividades atléticas, artísticas, entre outras;

Ginsburg, K. (2007)



Brincar em Família

- ❖ Aumento da competitividade da sociedade actual, promovendo que desde cedo se procure pelas melhores escolas, mais prestigiadas e que permitam dar uma melhor preparação às crianças, tendo em conta o acesso (futuro) à universidade;
- ❖ Diminuição da brincadeira livre e espontânea, e promoção do divertimento passivo diante da televisão ou através de jogos de computador, contrastando com todos os efeitos benéficos para a saúde do jogo criativo;
- ❖ Aumento da insegurança e riscos associados às brincadeiras de rua em alguns locais.

Ginsburg, K. (2007)



Imagens disponíveis em: www.google.pt



Brincar em Família

Segundo um estudo realizado 2013, sobre os hábitos de brincar das crianças portuguesas, concluiu que o tempo despendido diariamente em frente ao ecrã foi, em 54,3% das crianças, superior ao recomendado pela Academia Americana de Pediatria

(Póvoas, et al, 2013)

"os pais com maior grau de escolaridade e profissões mais especializadas referiram menos tempo disponível para brincar com os filhos, que frequentavam mais actividades fora do Jardim de Infância."

(Póvoas, et al, 2013)



Brincar em Família

A Academia Americana de Pediatria (AAP) desaconselha a visualização de televisão em crianças com idade inferior a dois anos.

anos.



- ✎ Diminui o tempo disponível para actividades mais enriquecedoras;
- ✎ Aumenta o risco de obesidade;
- ✎ Os conteúdos violentos cada vez mais acessíveis, podem influenciar negativamente o desenvolvimento

(Póvoas, et al, 2013)



Atividades Promotoras do Desenvolvimento

Os brinquedos não precisam ser sempre industrializados!!!

É muito mais prazeroso para a criança se os seus pais ou professores puderem confeccionar com ela um brinquedo, utilizando por exemplo, material reciclável, como garrafas plásticas, jornais e meias velhas.

- ✎ Na hora de oferecer brinquedos às crianças é importante seguir algumas indicações na escolha:
 - ✎ se desafia o pensamento da criança;
 - ✎ se é adequado ao desenvolvimento da criança;
 - ✎ se é interessante o suficiente para as diversas formas de exploração do objeto;
 - ✎ se é seguro, ou seja, se há peças pequenas que a criança possa colocar na boca e engolir.



Atividades Promotoras do Desenvolvimento



Imagens disponíveis em: www.google.pt



Atividades Promotoras do Desenvolvimento



Imagens disponíveis em: www.google.pt



Atividades Promotoras do Desenvolvimento



Imagens disponíveis em: www.google.pt



Atividades Promotoras do Desenvolvimento

Recém-Nascido



Imagens disponíveis em: www.google.pt



Atividades Promotoras do Desenvolvimento

Recém-Nascido

- Pegar no(a) bebé e embalá-lo(a) suavemente;
- Falar e cantar suavemente com sons altos, baixos, agudos, graves e suaves;
- Chamar o(a) bebé pelo nome;
- Falar sobre tudo o que estiver a fazer: lavar as mãos, vestir-se;
- Usar canções de embalar, música instrumental suave ou músicas com melodias repetidas;
- Comunicar com o(a) bebé olhando-o(a) nos olhos, encostado ao peito;
- Colocar o(a) bebé sobre os joelhos, deixar que ele(a) agarre o indicador com as mãos e converse com ele(a);
- Segurar uma bola vermelha a 20cm e movimentá-la para cima e para baixo, para a esquerda e para a direita, estando o(a) bebé em estado de alerta e com a cabeça em posição central;
- Fazer massagem suave corporal, observando sempre o(a) bebé calmamente, sem movimentos muito elaborados. Não forçar movimentos, fazer pouca pressão, não exceder os 20 minutos;
- Pegar ao colo, olhar olhos nos olhos, sorrir, deitar a língua de fora, quando em estado de alerta;
- Evitar ambientes muito estimulantes.

Direcção-Geral de Saúde. (2013)



Atividades Promotoras do Desenvolvimento

4-6 Semanas



Imagens disponíveis em: www.google.pt



Atividades Promotoras do Desenvolvimento

4-6
Semanas

- Movimentar objetos coloridos e pendurá-los perto do rosto da criança, a uma distância um pouco superior a 20 cm e não necessariamente em forma de esfera;
- Produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a sua atenção;
- Observar o(a) bebé sobre a forma como dorme, sossega, se alimenta e procura auto conforto;
- Conversar com carinho, aprender a tocá-lo(a), embalá-lo(a);
- Manter tonalidades de voz diferentes e suaves;
- Usar a cadeira de balouço.

Direcção-Geral de Saúde. (2013)



Atividades Promotoras do Desenvolvimento

3 Meses



Imagens disponíveis em: www.google.pt



Atividades Promotoras do Desenvolvimento

3 Meses

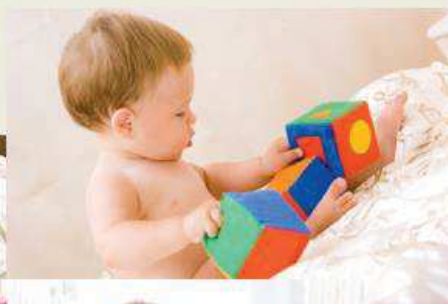
- Interagir através da fala, usar a mímica do rosto e imitar o som de determinados objetos ou instrumentos musicais;
- Ouvir música suave e cantar;
- Dançar, em ritmo suave, com o(a) bebé ao colo;
- Procurar levantá-lo(a) devagar pelas mãos, como se fosse sentá-lo(a);
- Oferecer-lhe objetos para segurar, colocar objetos pendentes para que possa segui-los;

Direcção-Geral de Saúde. (2013)



Atividades Promotoras do Desenvolvimento

6 Meses



Imagens disponíveis em: www.google.pt



Atividades Promotoras do Desenvolvimento

6 Meses

- Oferecer brinquedos apropriados como uma bola de tamanho médio, de cores vivas, cubos de arestas redondas, de modo a estimulá-lo(a) a passar o objeto de uma mão para a outra;
- Sentá-lo(a) com apoio para que possa participar mais ativamente no meio que o rodeia;
- Incentivar para que produza novos sons com a boca;
- Conversar e dançar com o(a) bebé;
- Colocar o(a) bebé num tapete adequado e incentivá-lo(a) a deslocar-se rolando e a pegar nos brinquedos que estejam mais longe;
- Proporcionar brincadeiras de interação, colocar à frente do espelho e não prevenir situações que lhe causem frustrações (elemento forte de aprendizagem).

Direcção-Geral de Saúde. (2013)



Atividades Promotoras do Desenvolvimento

9 Meses



Imagens disponíveis em: www.google.pt



Atividades Promotoras do Desenvolvimento

9 Meses

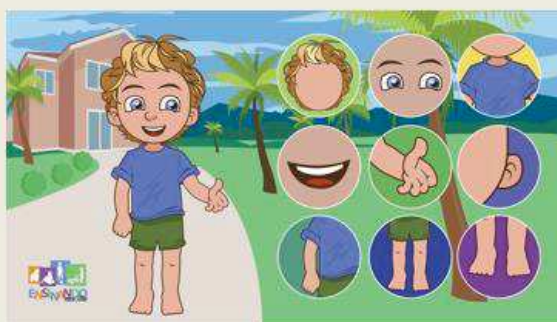
- Oferecer objetos diferentes e afastados, no sentido de incentivar o posicionamento;
- Colocar objetos em cima de uma cadeira, de forma a incentivá-lo(a) a colocar-se de pé, colocando um tapete à volta caso caia;
- Chamar os objetos pelos nomes, ensinar a colocar fora e dentro da caixa;
- Oferecer papel para amassar e rasgar;
- Dar a experimentar diferentes texturas;
- Oferecer dois objetos para a mão e posteriormente um terceiro, deixando que ele «resolva o problema»;
- Brincar ao «esconde»;
- Utilizar brincadeiras de tapar e destapar o rosto e outros jogos repetitivos (bater palmas, acenar...);
- Imitar sons de animais e objetos fazendo mímica e pedindo para a criança imitar.

Direcção-Geral de Saúde. (2013)



Atividades Promotoras do Desenvolvimento

12 Meses / 18 Meses



Imagens disponíveis em: www.google.pt



Atividades Promotoras do Desenvolvimento

12 Meses	<ul style="list-style-type: none">• Estimular as tarefas/ordens simples; dar estímulo positivo após a realização destas;• Oferecer cubos, dar vários objetos para as mãos;• Incentivar para que a criança peça quando quer algo, verbalizando o pedido, mesmo que se saiba o que ela deseja.
-----------------	--

18 Meses	<ul style="list-style-type: none">• Ensinar a criança a guardar os brinquedos numa caixa ou num saco, para que aprenda a organizar-se;• Pedir à criança que olhe e repita o nome de partes do corpo do boneco;• Ensinar a criança a «rabisca» na areia, na terra ou num papel, de modo a estimular a destreza manual e a área sensorial;
-----------------	--

Direcção-Geral de Saúde. (2013)



Atividades Promotoras do Desenvolvimento

2 Anos



Imagens disponíveis em: www.google.pt



Atividades Promotoras do Desenvolvimento

2 Anos

- Proporcionar brincadeiras como: pular num só pé, correr, saltar uma corda, de modo a estimular a coordenação motora;
- Oferecer tintas para a criança mexer e desenhar;
- Dar-lhe a conhecer várias texturas e materiais;
- Contar histórias e dar puzzles;
- Facilitar oportunidade de jogo simbólico;
- Pedir para ajudar em pequenas tarefas diárias;

Direcção-Geral de Saúde. (2013)



Atividades Promotoras do Desenvolvimento

3 Anos / 4 Anos



Imagens disponíveis em: www.google.pt



Atividades Promotoras do Desenvolvimento

3 Anos

- Promover atividades lúdicas físicas: saltar, correr, pular, andar de triciclo, etc;
- Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez (ação passada). Incentivar a criança a fantasiar;
- Não ridicularizar comportamentos;
- Ajudar a criança a partilhar os brinquedos – altura para ingressar no jardim-de-infância.

4 Anos

- Promover as construções com lego e com puzzles;
- Proporcionar oportunidade para a criança fazer o desenho da figura humana;
- Inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores e ensinar canções e versos;
- Pô-la a participar em afazeres, mesmo que sejam simbólicos;
- Promover brincadeiras onde exista movimento físico.

Direcção-Geral de Saúde. (2013)



Atividades Promotoras do Desenvolvimento

5 Anos / 6 Anos



Imagens disponíveis em: www.google.pt



Atividades Promotoras do Desenvolvimento

5-6 Anos

- Seleccionar os programas televisivos /computador, bem como o horário e o período de tempo;
- Não ridicularizar os presumíveis medos /pesadelos /fobias, ajudando a resolver o sentimento de impotência;
- Continuar a proporcionar atividades que permitam à criança desenvolver a área motora;
- Ensinar-lhe a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de vários tamanhos e formar figuras;
- Continuar a proporcionar à criança responsabilidade, como por exemplo: ajudar em casa, dar recados;
- Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade (saber lidar com a timidez, submissão, vaidade, liderança, etc.).

Direcção-Geral de Saúde. (2013)



Desenvolver a Brincar



Referências Bibliográficas

- Costa, D., et al (2016) O brincar na assistência de enfermagem à criança – revisão integrativa. *Revista Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*, 16(1), 36-43.
- Direcção-Geral de Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.
- Ginsburg, K. (2007). The importance of Play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *American Academy of Pediatrics*, 119(1), 182-191.
- Lillard, A. S. (2015). The Development of Play. In *Handbook of Child Psychology and Developmental Science* (7ª ed., capítulo 11, pp. 1-44). New Work: John Wiley & Sons Inc.
- Lisboa, Portugal (Orientação n.º010/2013).
- Póvoas, M., et al (2013). O brincar da criança em idade pré-escolar. *Acta Pediátrica Portuguesa*, (44), 108-112.
- Ramos, A., et al (2012). Brincar...essencial ao desenvolvimento: os olhares atentos dos Enfermeiros. *Revista Percursos*, 26, 40-60.



Apêndice XVII – Plano da Sessão de Educação para a Saúde “Desenvolver a Brincar”

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica

Plano da Sessão “*Desenvolver a Brincar*”

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica*, 2º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer na USF [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED].

Lisboa, 22 de Maio de 2018

Plano da Sessão

- 1. Projecto** “Mês da Família”
- 2. Tema:** “Desenvolver a Brincar”
- 3. Local:** USF [REDACTED], [REDACTED]
- 4. População Alvo:** Pais/Pessoas Significativas de Crianças entre os 0 e os 5 anos.
- 5. Objectivos:**
 - Promover o desenvolvimento de competências parentais;
 - Evidenciar a importância do brincar no desenvolvimento das crianças, com idades compreendidas entre o nascimento e os 5 anos.

Plano da Sessão

	Conteúdos	Métodos Pedagógicos	Materiais de apoio Pedagógicos	Tempo Previsto	Avaliação da Sessão
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação e Enquadramento do tema; • Nota Introdutória. 	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p>		5 min.	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de Brincar; • Vantagens do Brincar para o Desenvolvimento; • Brincar em Família; • Atividades Promotoras do Desenvolvimento. 	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Demonstrativo</p>	<p>Videoprojector</p> <p>Computador</p>	20 min.	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da temática e principais pontos abordados; • Entrega de Folheto Informativo com resumo da Sessão; • Avaliação da Sessão. 	<p>Expositivo</p>		10 min.	Entrega de questionário de avaliação da Sessão aos participantes

Apêndice XVIII – Folheto informativo “Desenvolver a Brincar”

Vantagens de Brincar para o Desenvolvimento

Promoção da Relação

- ✓ Promoção da vinculação entre a criança e os pais;
- ✓ Estabelecimento de uma relação de segurança e conhecimento mútuo, permitindo aos pais conhecer a sua criança e qual a sua perspetiva do mundo que a rodeia; 1,2,4

Desenvolvimento de Competências

- ✓ Desenvolvimento da capacidade para resolver problemas;
- ✓ Aquisição de competências emocionais e sociais, através da expressão de medos e sentimentos;
- ✓ Desenvolvimento da capacidade de resiliência;
- ✓ Desenvolvimento da capacidade de transferência da realidade para a brincadeira; ao brincar a criança mostra a forma como vê o mundo e o que a rodeia; 1,2,4

Promoção da Saúde e Bem-estar

- ✓ Promoção da atividade física;
- ✓ Fator protetor contra a ansiedade e o stress, tanto para os pais como para as crianças. 1,2,4

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Costa, D., et al (2016) O brincar na assistência de enfermagem à criança – revisão integrativa. Revista Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica, 16(1), 36-43.
2. Lillard, A. S. (2015). The Development of Play. In Handbook of Child Psychology and Developmental Science (7ª ed., capítulo 11, pp. 1-44). New York: John Wiley & Sons Inc.
3. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa, Portugal (Orientação n.º10/2013).
4. Ramos, A., et al (2012). Brincar...essencial ao desenvolvimento: os olhares atentos dos Enfermeiros. Revista Percursos, 26, 40-60.



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Docente: Prof. Doutora Margarida Lourenço

Orientadora Clínica: Enf.ª [REDACTED]

Discente: Joana Filipa Ferreira Santos, n.º 192017052

DESENVOLVER A BRINCAR

importância do brincar no desenvolvimento das crianças, com idades compreendidas entre o nascimento e os 5 anos



USF [REDACTED]

Aprovado em Conselho Geral da USF em
23 de Maio de 2018

Atividades Promotoras do Desenvolvimento

Recém-Nascido

- Chamar o(a) bebê pelo nome;
- Falar sobre tudo o que estiver a fazer: lavar as mãos, vestir-se;
- Usar canções de embalar, música instrumental suave ou músicas com melodias repetidas;
- Comunicar com o(a) bebê olhando-o(a) nos olhos, encostado ao peito;
- Segurar uma bola vermelha a 20cm e movimentá-la para cima e para baixo, para a esquerda e para a direita, estando o(a) bebê em estado de alerta e com a cabeça em posição central;
- Pegar ao colo, olhar olhos nos olhos, sorrir, deitar a língua de fora, quando em estado de alerta;
- Evitar ambientes muito estimulantes.³

4-6 Semanas

- Movimentar objetos coloridos e pendurá-los perto do rosto da criança, a uma distância um pouco superior a 20 cm e não necessariamente em forma de esfera;
- Produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a sua atenção;
- Conversar com carinho, aprender a tocá-lo(a) embalá-lo(a);
- Usar a cadeira de balouço.³

3 Meses

- Interagir através da fala, usar a mímica do rosto e imitar o som de determinados objetos ou instrumentos musicais;
- Dançar, em ritmo suave, com o(a) bebê ao colo;³

6 Meses

- Oferecer brinquedos apropriados como uma bola de lã macia, de cores vivas, cubos de arestas arredondadas, de modo a estimulá-lo(a) a passar o objeto de uma mão para a outra;
- Sentá-lo(a) com apoio para que possa participar mais ativamente no meio que o rodeia;
- Incentivar para que produza novos sons com a boca;
- Colocar o(a) bebê num tapete adequado e incentivá-lo(a) a deslocar-se rolando e a pegar nos brinquedos que estejam mais longe;
- Proporcionar brincadeiras de interação, colocar à frente do espelho.³

9 Meses

- Chamar os objetos pelos nomes, ensinar a colocar fora e dentro da caixa;
- Oferecer papel para amassar e rasgar;
- Oferecer dois objetos para a mão e posteriormente um terceiro, deixando que ele «resolva o problema»;
- Utilizar brincadeiras de tapar e destapar o rosto e outros jogos repetitivos (bater palmas, acenar...);
- Imitar sons de animais e objetos fazendo mímica e pedindo para a criança imitar.³

12 Meses

- Estimular as tarefas/ordens simples; dar estímulo positivo após a realização destas;
- Oferecer cubos, dar vários objetos para as mãos.³



18 Meses

- Ensinar a criança a guardar os brinquedos numa caixa ou num saco, para que aprenda a organizar-se;
- Pedir à criança que olhe e repita o nome de partes do corpo do boneco.³

2 Anos

- Proporcionar brincadeiras como: pular num só pé, correr, saltar uma corda, de modo a estimular a coordenação motora;
- Oferecer tintas para a criança mexer e desenhar;
- Contar histórias e dar puzzles;
- Pedir para ajudar em pequenas tarefas diárias.³

3 Anos

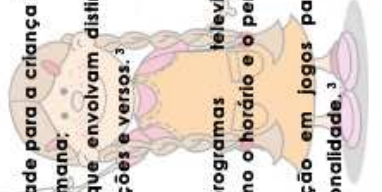
- Promover atividades lúdicas físicas: saltar, correr, pular, andar de triciclo, etc;
- Pedir à criança que conte histórias;
- Não ridicularizar comportamentos;
- Ajudar a criança a partilhar os brinquedos – altura para ingressar no Jardim-de-infância.³

4 Anos

- Promover as construções com lego e com puzzles;
- Proporcionar oportunidade para a criança fazer o desenho da figura humana;
- Inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores e ensinar canções e versos.³

5-6 Anos

- Selecionar os programas televisivos /computador, bem como o horário e o período de tempo;
- Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade.³



Apêndice XIX – Questionário de avaliação da Sessão de Educação para a Saúde “Desenvolver a Brincar”

Questionário de Avaliação Final da Sessão “Desenvolver a Brincar”

DESIGNAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:

DATA: _____

NOME DO PARTICIPANTE (facultativo):

LOCAL DA SESSÃO:

O objectivo deste questionário é conhecer a sua opinião relativamente à sessão de educação para a saúde que frequentou. Obrigado pela sua colaboração.

Escala de avaliação

Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

Por favor assinale no respetivo na escala de 1 a 5, a pontuação que considera mais adequada.

1 – Qual a importância que atribui a esta acção como contributo...

	1	2	3	4	5
1.1 Na aquisição de competências parentais					
1.2 Numa melhor compreensão sobre a importância do brincar em família					

2 – Como avalia a sessão de educação para a saúde em relação a:

	1	2	3	4	5
2.1 Duração					
2.2 Importância do tema					
2.3 Método de apresentação					
2.4 Apreciação Global					

3 - Como avalia a Enfermeira que apresentou a sessão

	1	2	3	4	5
3.1 Domínio demonstrado do tema					
3.2 Exposição clara e precisa do conteúdo					
3.3 Motivação e incentivo à participação					
3.4 Apreciação Global					

Pontos fortes desta sessão de educação para a saúde

Pontos fracos desta sessão de educação para a saúde

Sessões de educação para a saúde em que gostaria de participar futuramente

Apêndice XX – Tratamento de dados da Sessão de Educação para a Saúde
“Desenvolver a Brincar”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica

**Tratamento de Dados do Questionário de Avaliação da Sessão
“Desenvolver a Brincar”**

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica*, 2º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer na USF [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED]

Lisboa, 25 de Maio de 2018

Escala de avaliação

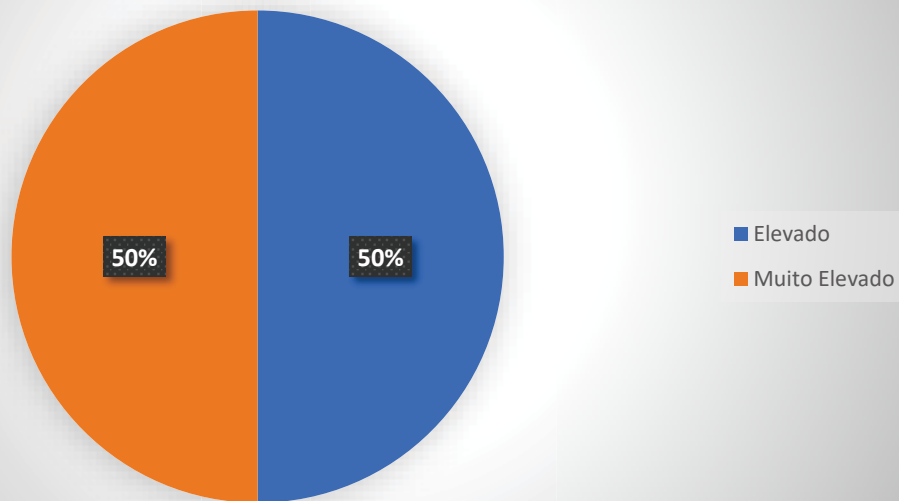
Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

n = 6 participantes

1. Qual a importância que atribui a esta acção como contributo...

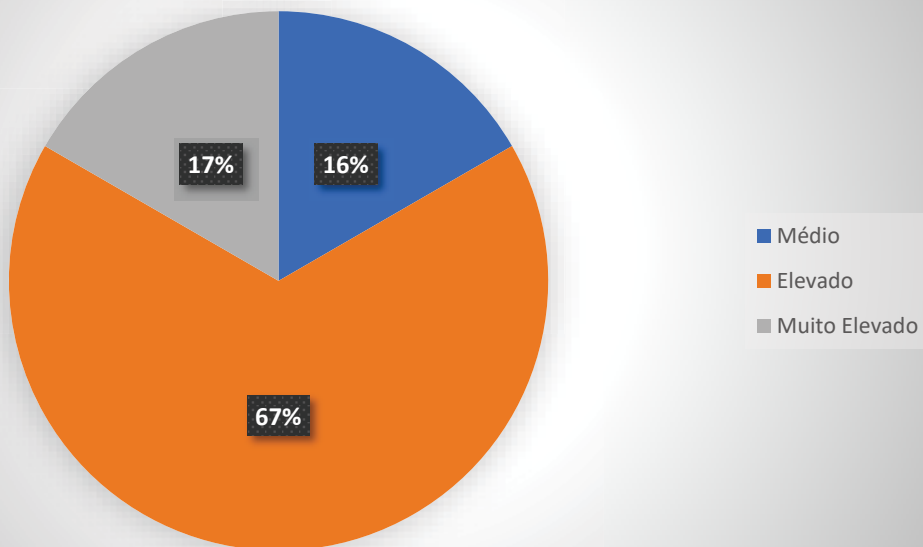


1.2 Numa melhor compreensão sobre a importância do brincar em família

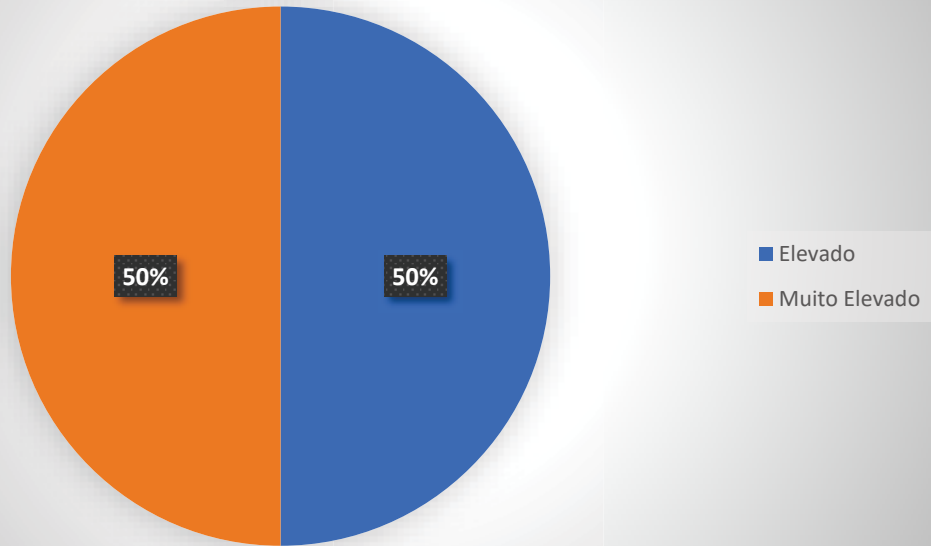


2. Como avalia a sessão de educação para a saúde em relação a:

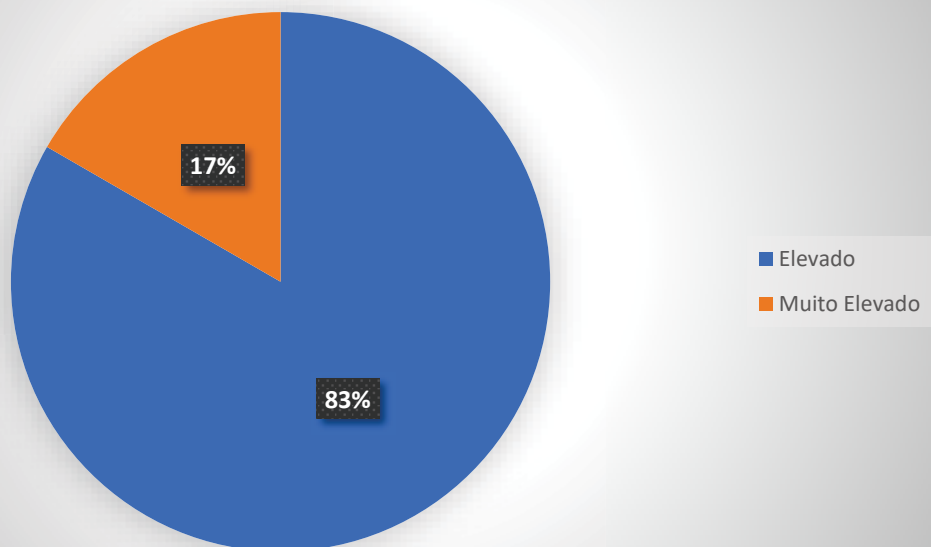
2.1 Duração

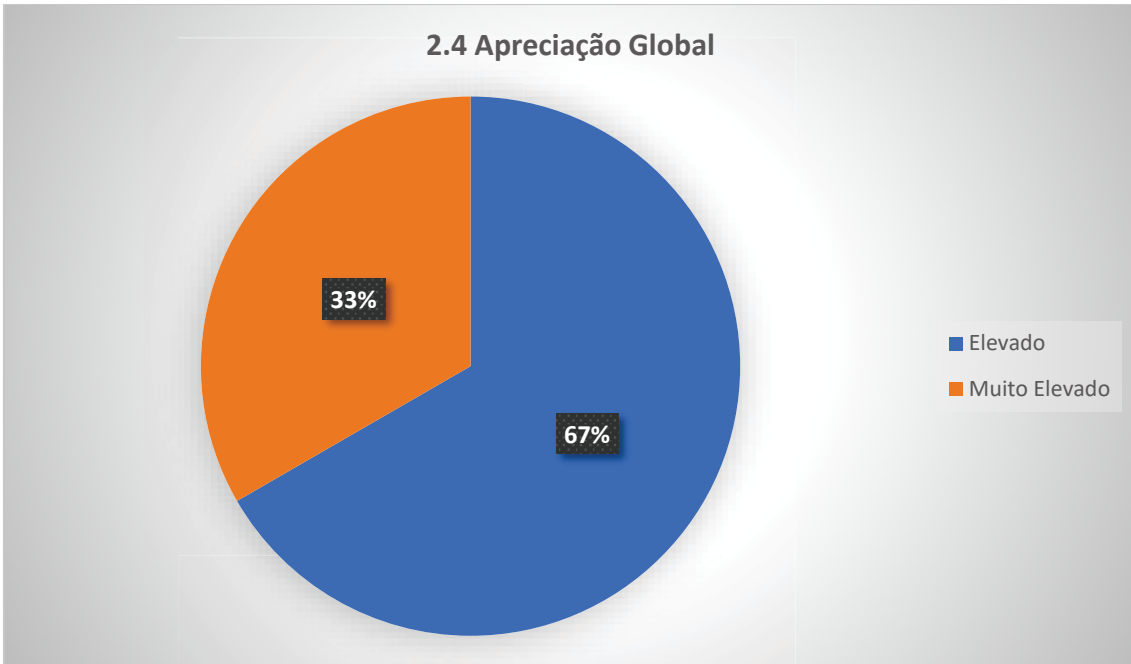


2.2 Importância do tema

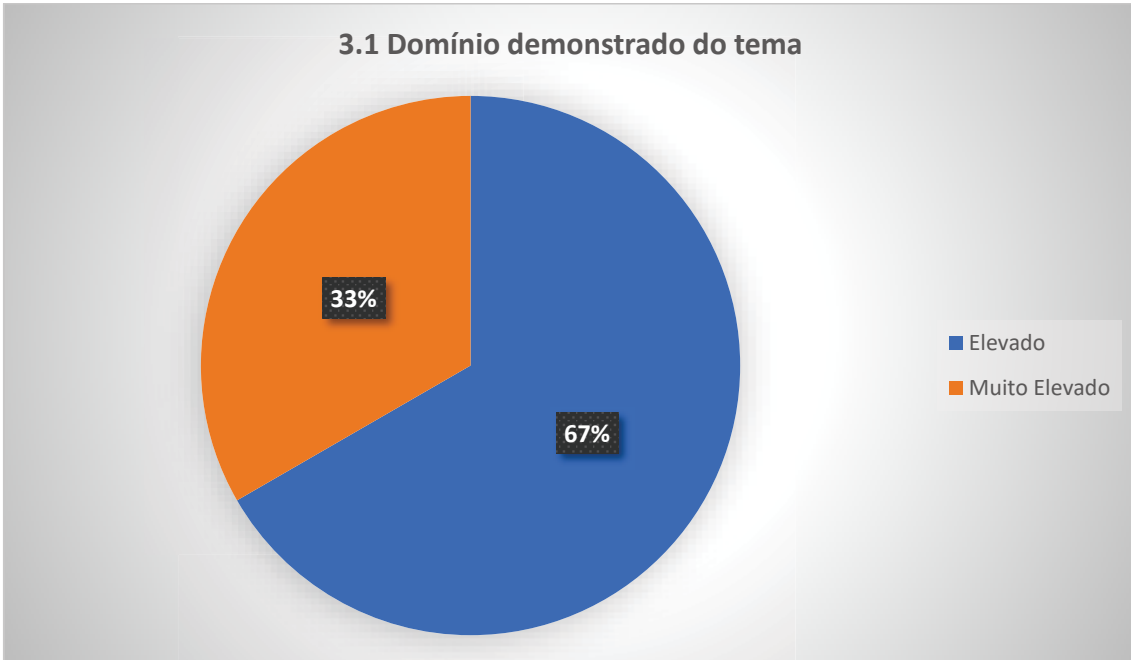


2.3 Método de apresentação

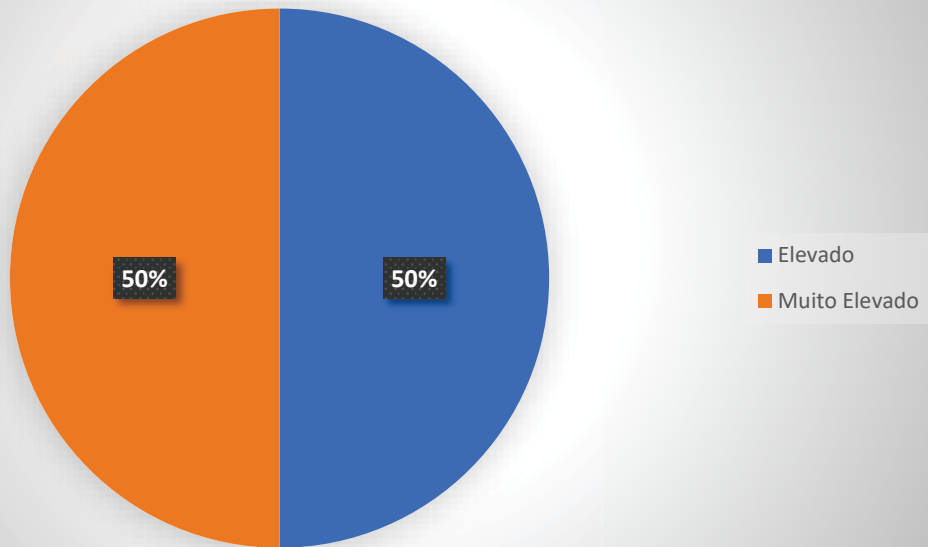




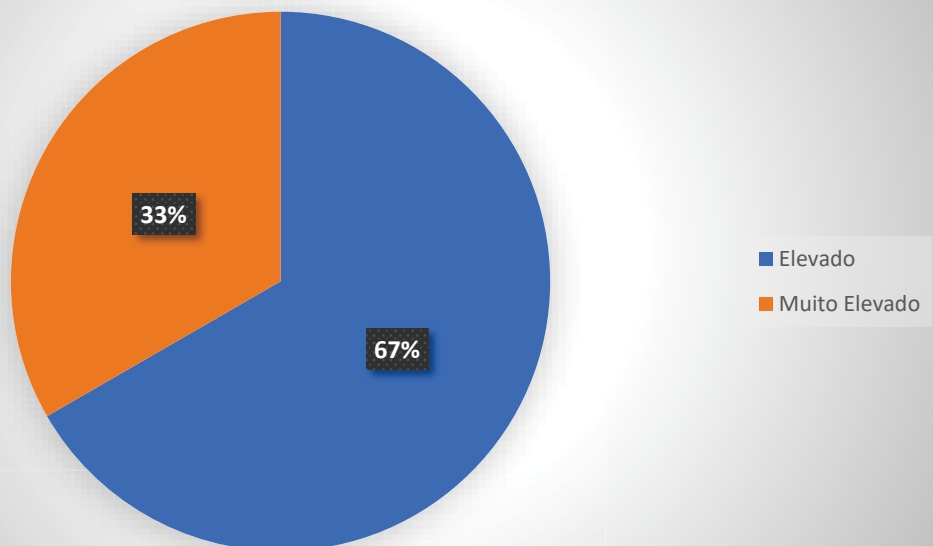
3. Como avalia a Enfermeira que apresentou a sessão

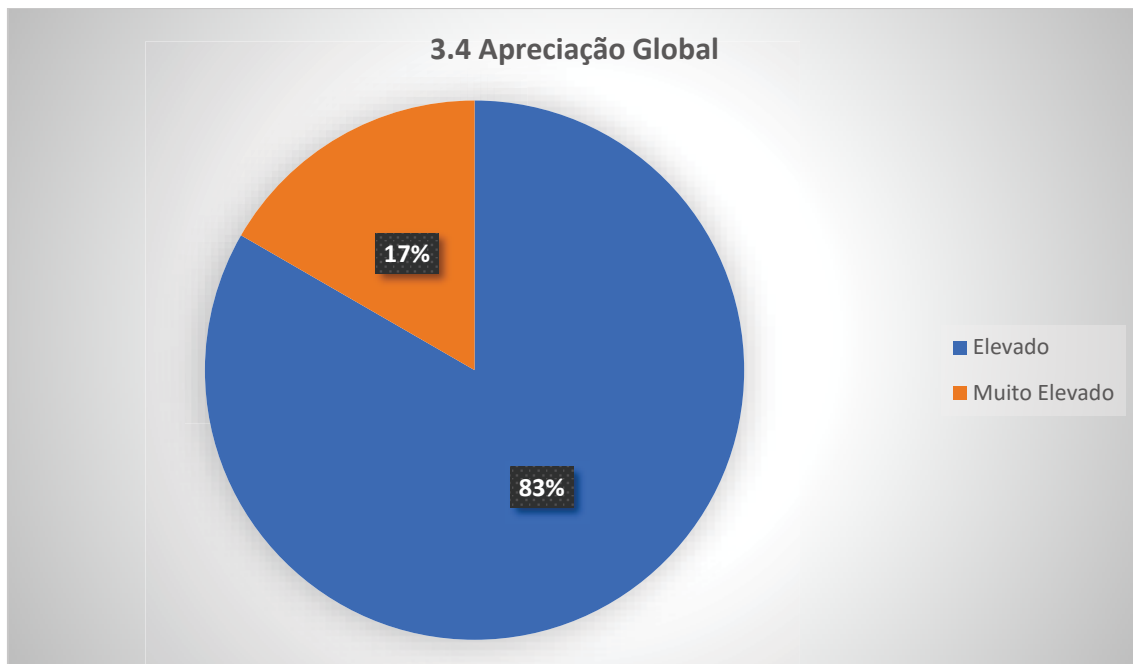


3.2 Exposição clara e precisa do conteúdo



3.3 Motivação e incentivo à participação





Pontos fortes desta sessão de educação para a saúde:

- “Como brincar com as crianças da melhor maneira” (SIC);
- “sugestão da criação de alguns brinquedos e brincadeiras que existiam na nossa juventude” (SIC);
- “Métodos de brincar” (SIC);
- “Tipos de brinquedos e brincadeiras a ter com os filhos” (SIC).

Pontos fracos desta sessão de educação para a saúde:

- Sem respostas.

Sessões de educação para a saúde e, que gostariam de participar futuramente

- “Tema relacionado com alergias alimentares” (SIC);
- “Comida?; Alimentação?; Ginástica?” (SIC).

**Apêndice XXI - Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs – Prestação de Cuidados
na UCERN**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

Estágio Final

Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs

Prestação de Cuidados na UCERN

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório*, 3º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer numa primeira fase na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN), do Hospital ██████████, sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica ██████████.

Lisboa, 3 de Outubro de 2018

1-Descrição - O que aconteceu?

Desde o dia 3 de Setembro de 2018 que me encontro a realizar estágio na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN), no Hospital [REDACTED], no âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório*, 3º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED].

Apesar de a UCERN ser a unidade onde exerço funções como enfermeira de cuidados gerais, decidi realizar este estágio em contexto de trabalho, com o objectivo de adquirir e desenvolver competências específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Penso que importa referir, que no início do ano, iniciei funções como chefe de equipa na unidade, bem como enquanto Enfermeira Responsável pela Formação em Serviço da UCERN, o que me permitiu ter outra visão e postura como enfermeira, na prestação de cuidados, mas fundamentalmente na aquisição de competências de gestão.

A UCERN é uma unidade Neonatologia, com capacidade para 13 vagas de internamento, sendo que 5 são consideradas de Cuidados Intensivos, 7 de Cuidados Intermédios e 1 unidade de isolamento. Com uma taxa de ocupação anual de aproximadamente 60%, estando preparada para receber recém-nascidos a partir das 28 semanas de idade gestacional. Inserida no Hospital [REDACTED], o qual serve uma população de cerca de 278.000 pessoas residentes num total de 25 freguesias abrangidas pelos concelhos de [REDACTED].

A situação que me levou a refletir, prende-se com a especificidade da unidade, bem como da população alvo de cuidados. A multiculturalidade é uma realidade bastante presente na unidade, dada a área de abrangência e a presente realidade de falta de vagas em Unidades de Neonatologia no distrito de Lisboa.

Recebemos na unidade o M., um recém-nascido prematuro, com idade gestacional de 29 semanas e 755g de peso à nascença. Os pais são de nacionalidade Paquistanesa, sendo que o pai fala português com alguma dificuldade, mas a mãe, apenas fala urdu. Nas primeiras semanas de internamento o pai aparecia sempre sozinho na unidade, tendo sido sempre incentivado a trazer a mulher, no entanto, explicava que tinha que ir trabalhar e a mulher não conseguia andar sozinha de transportes públicos pela barreira linguística. Quando a mãe do M., começou a aparecer na unidade, o pai traduzia o que lhe era dito pela equipa médica e

de enfermagem, o que facilitava a comunicação, porém, quando o pai saía para trabalhar a comunicação tornava-se muito mais difícil e era notório que a mãe do M. ficava mais apreensiva e receosa face à prestação de cuidados e permanência na unidade.

2 – Pensamentos e Sentimentos - O que estou a pensar e a sentir?

Ao deparar-me com esta dificuldade senti que era urgente ajudar esta mãe neste processo de transição, caso contrário a vinculação com aquele bebé ficaria gravemente comprometida. Só o facto de ter um bebé prematuro e internado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, já é assustador o suficiente. Acrescentando a tudo isto, o facto de não se conseguir expressar, nem perceber o que lhe é dito, encontrando-se

praticamente sozinha, num país que não é o seu de origem e com uma cultura diferente.

Segundo Diaz, Fernandes e Correia (2014), as principais dificuldades percebidas pelos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia são dificuldades de separação do bebé; elevado desgaste físico e psicológico, gerado pelas emoções associadas à gravidade da situação e gestão das inúmeras solicitações a que os pais estão sujeitos ao longo do internamento. Os autores referem ainda as dificuldades em lidar com o ambiente e procedimentos (vulnerabilidade do bebé, aparato tecnológico, monitorização constante) e em cuidar do bebé sem ajuda dos profissionais quando vão para casa.

Importa aqui refletir sobre esta problemática, cuja incidência é tão elevada na atualidade. De facto, na conjuntura atual, passamos por momentos de transição em que a imigração é cada vez mais uma realidade, recebendo no nosso país pessoas de diferentes gerações, diferentes culturas e religiões, diferentes línguas e diferentes contextos socioeconómicos. Cordeiro (2016), reforça referindo que um dos inúmeros desafios para a enfermagem, surge com a diversidade cultural cada vez mais presente, sendo os cuidados prestados cada vez mais transculturais, sempre com o objetivo major de contribuir para o bem-estar e maximização da saúde, de cada indivíduo, família, grupo, comunidade ou instituição.

Segundo Coutinho e Parreira (2011), são várias as razões que levam a mulher a imigrar, nomeadamente “(...) as condições de vida, no que se refere ao trabalho e saúde, formação profissional e académica, habitação; as condições financeiras, nomeadamente uma situação socioeconómica precária; o reagrupamento familiar, pelo facto do cônjuge já se encontrar no estrangeiro; o apoio à família que precisa de ajuda; a separação, quando a mulher assume o papel de provedora da família; a instabilidade sociopolítica do país de origem” (Coutinho e Parreira, 2011, p.86). Os autores prosseguem, referindo que, independentemente dos

motivos que despoletaram a imigração, é no país de acolhimento que o principal confronto se dá, havendo um conjunto de factores que podem implicar uma situação de precariedade e vulnerabilidade, sendo que “esta situação é mais frequente no caso de haver choque com as referências culturais, as memórias e as vivências do país de origem” (Coutinho e Parreira, 2011, p.86).

De facto, e como já referido anteriormente, todas estas mudanças constituem transições, que podem ser encaradas como potenciadoras do desenvolvimento individual e familiar, ou pelo contrário, constituírem ameaças. Para Meleis (2010), a transição é desencadeada por uma mudança, e envolve o desenvolvimento, fluxo e circulação de um estado, condição ou local para outro. Segundo a autora, podem ser factores precipitantes de processos de transição alterações de vida, saúde, relações e ambientes, tais como o diagnóstico de doença, a gravidez, o parto, a paternidade, a maternidade, a adolescência, a menopausa, o envelhecimento, a morte, a migração, entre outros, e implicam frequentemente profundas mudanças (de papéis, relacionamentos, habilidades, comportamentos, personalidade), podendo ter efeitos dramáticos na vida do indivíduo que a vivencia, bem como de pessoas próximas/significativas (Meleis, 2010). A autora menciona como propriedades imprescindíveis ao processo de transição, a consciencialização, o envolvimento, a mudança, a duração da transição e eventos/pontos críticos (Meleis, 2010).

Focando especificamente a consciencialização, a qual considero fundamental para a situação relatada, Meleis (2010) ressalva que para que as nossas intervenções sejam bem-sucedidas, é essencial que primeiro a pessoa alvo de cuidados tenha consciência de que está a viver a transição, sendo essencial descobrir e descrever os efeitos e significados das mudanças envolvidas. Neste sentido, o final da transição poderá corresponder a um novo começo ou a um período de estabilidade (Meleis, 2010). A autora acrescenta ainda que o processo de transição pode ser inibido ou facilitado consoante a influência dos factores pessoais, como significados, crenças culturais, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimento, recursos comunitários e sociais (Meleis, 2010).

Assim, Schumacher e Meleis (1994) referem seis condições que influenciam a experiência da transição: significado atribuído à experiência de transição; expectativas; nível de conhecimento; ambiente; nível de planeamento; e bem-estar emocional e psicológico. Relativamente às expectativas, é importante que a pessoa tenha noção das alterações esperadas; quanto ao ambiente, os autores destacam o nível de suporte social, familiar e institucional; finalmente, o planeamento inclui a identificação das necessidades e problemas futuros (Schumacher e Meleis, 1994). Neste sentido, e tendo como objectivo facilitar o

processo de transição, é fundamental conhecer, compreender e desvendar o significado da transição para o ser humano, sendo estes atributos que a autora considera facilitarem a relação intersubjetiva entre o enfermeiro e a pessoa que vivencia a transição e que contribuem para a eficácia das intervenções de enfermagem (Meleis, 2010).

A mãe do M., encontra-se a experienciar uma transição não apenas cultural, mas também ao nível da parentalidade, tendo tido um extremo prematuro, que necessitou de cuidados intensivos neonatais durante o período de tempo alargado (cerca de dois meses) e, que de todo não corresponde às expectativas quando se projeta o nascimento de um filho. Neste sentido, Diaz, Fernandes e Correia (2014) referem que o internamento de um bebé numa Unidade de Neonatologia pode ter repercussões significativas não só no seu desenvolvimento e bem-estar, mas também na autoconfiança dos pais e na sua capacidade para assumirem o papel parental. Os autores reforçam que em causa estão, pois, não só a qualidade das vivências associadas a uma etapa específica da vida destes pais - o internamento do seu bebé numa Unidade de Neonatologia - mas, também, “(...) a qualidade das relações de vinculação estabelecidas, da parentalidade vivida, do desenvolvimento, bem-estar (físico e psicológico) e percurso de vida destas crianças e de cada um dos membros da sua família nuclear a curto, médio e longo prazo.” (Diaz, Fernandes e Correia, 2014, p.90). Os mesmos autores reforçam ser inquestionável a urgência de implementação de “(...) intervenções complementares de apoio a estes pais e famílias, sustentados num mapeamento prévio das suas dificuldades mais prementes e a edificação de respostas consonantes. A sua identificação, quer através dos pais, quer dos profissionais de saúde que acompanham de perto estes processos, serve não meramente o propósito de intervir diretamente junto dos pais, visando a sua superação: através da promoção dos seus recursos pessoais, do desenvolvimento de atitudes positivas, de uma maior autonomia e autoconfiança para assumir a responsabilidade dos cuidados do bebé (que em breve estará inteiramente ao seu cuidado) (...)” (Diaz, Fernandes e Correia, 2014, p.90).

3 – Avaliação - O que foi bom e mau nesta experiência?

Considero que esta foi uma experiência bastante positiva, fazendo-me refletir, não só enquanto enfermeira, mas também enquanto pessoa. Enquanto enfermeira, esta experiência teve um contributo bastante enriquecedor para o meu desenvolvimento profissional.

4 – Análise - Que sentido(s) posso encontrar no que se passou?

Considero que este tipo de experiências são fundamentais na construção do meu percurso profissional, nomeadamente enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, permitindo-me adquirir competências tão específicas e particulares da área da Saúde da Criança e do Jovem.

Enquanto enfermeiros, independentemente do contexto em que nos encontremos a prestar cuidados, somos confrontados com a necessidade adaptação constante, obrigando-nos a redefinirmo-nos e a atualizarmo-nos a uma velocidade considerável. Mas, é isto que ser enfermeiro implica, nomeadamente Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

5 – Conclusão – O que fiz/não fiz e que mais poderia ter feito?

Ao aperceber-me da barreira linguística e risco do processo de vinculação entre a mãe e o bebé, a solução que encontrei foi falar com a mãe através do Google Tradutor. A estratégia encontrada resultou, passando a ser bastante mais fácil comunicar com a mãe e tranquilizá-la. Esta solução foi transmitida à restante equipa, passando a mãe do M., a ter um papel mais ativo na prestação de cuidados, e com autonomia crescente nos cuidados ao M. Segundo Diaz, Fernandes e Correia (2014) citando Amaral (2009); Baltazar, Gomes e Cardoso (2010); Mendes e Martins (2012), a figura do profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, que lida de perto com estes pais, e a qualidade da comunicação estabelecida entre ambos, assumem-se como essenciais na prestação de cuidados.

Neste sentido, considero importante reforçar aqui os pressupostos expressos na Deontologia Profissional de Enfermagem, nomeadamente o Artigo 102º relativo aos valores humanos, em que é dever do enfermeiro “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (Lei n.º156/2015, 2015, p.8102); “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (Lei n.º156/2015,

2015, p.8102); e “respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos”. (Lei n.º156/2015, 2015, p.8102).

6 – Planear a acção – o que irei fazer de futuro e/ou que contributos para o meu desenvolvimento profissional futuro...

Finalmente, após referir diversas vezes que esta experiência permitiu fundamentalmente a aquisição de competências, gostaria aqui de evidenciar quais as que considero ter aprofundado e desenvolvido, reportando-me às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente:

- E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.
 - E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar;
 - E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis;
 - E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde;
 - E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença;
 - E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde;
 - E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar;
 - E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.
 - E1.1.8. Intervém em programas no âmbito da saúde escolar.
 - E1.1.9. Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.

- E1.1.10. Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.
- E 1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.
 - E 1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.
 - E 1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.
- E 3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil
 - E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e o desenvolvimento.
 - E3.1.2 Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.
 - E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.

(Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018)

Referências Bibliográficas

- Coutinho, E. & Parreira, V. (2011). Outra Forma de Olhar a Mãe Imigrante numa Situação de Transição. *Millenium*, 40, 83-97.
- Cordeiro, R. (2016). O Cuidar Culturalmente Competente à Criança, ao Jovem e Família com Doença Crónica (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 281/09 de 6 de Outubro. (2009). *Diário da República* n.º 193/09, I Série. Lisboa, Portugal.
- Diaz, Z., Fernandes, S. & Correia, S. (2014). Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (3), 85-93.
- Lei n.º156/2015 de 16 de setembro. (2015). *Diário da República*, 1.ª série, N.º 181 (16 de setembro de 2015). 8059-8105.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory*. New York: Springer Publishing Company.
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa, Portugal (Orientação n.º010/2013).
- Pereira, A. (2009). *Práticas Centradas na Família em Intervenção Precoce: Um Estudo Nacional sobre Práticas Profissionais*. Universidade do Minho, Instituto de Estudos da Criança. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho.
- Regulamento n.º 422/12 de julho. (2018). *Diário da República* n.º 133, II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 351/2015 de 22 de junho. (2015). *Diário da República* n.º 119/15, II Série. Lisboa, Portugal.
- Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.

Apêndice XXII – Guião de entrevista à Sr.^a Enfermeira Coordenadora do gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

Estágio Final


**Guião da entrevista à Sr.ª Enfermeira Coordenadora do gabinete de
Gestão do Risco e Segurança do Doente**

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório*, 3º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer numa primeira fase na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN), do Hospital [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED].

Lisboa, 6 de Setembro de 2018

**Guião de Entrevista à Sr.^a Enfermeira Coordenadora do
Gabinete de Gestão do Risco e Formação do Hospital**



1. Apresentação e explicação do Projecto de Estágio
2. Exposição dos Objectivos a atingir durante o Estágio na UCERN do Hospital 
3. Questões orientadoras:
 - 3.1 Quando foi criada a equipa de Gestão do Risco Hospitalar?
 - 3.2 Desde a sua criação que existe o Sistema de relato de incidentes “her+”?
 - 3.3 Qual a incidência de notificações relacionadas com o erro de administração de medicação, no departamento de Pediatria?
 - 3.4 Qual a incidência de notificações relacionadas com o erro de administração de medicação, na UCERN?
 - 3.5 Quais os principais eventos adversos notificados pela UCERN?
 - 3.6 Das notificações relacionadas com o erro de medicação, que medidas têm sido implementadas na UCERN?
 - 3.7 Quais as medidas que poderiam ser implementadas que ainda não foram?
 - 3.8 Dentro da equipa multidisciplinar, quem notifica mais?
 - 3.9 Uma das principais medidas preventivas para o erro de medicação, presente na evidência científica, é a formação contínua dos Profissionais de Saúde, concorda?

Apêndice XXIII – Transcrição e tratamento dos dados da entrevista à Sr.^a
Enfermeira Coordenadora do gabinete de Gestão do Risco e Segurança do
Doente

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

Estágio Final

**Transcrição e tratamento dos dados da entrevista à Sr.^a Enfermeira
Coordenadora do gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente**

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório*, 3º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer numa primeira fase na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN), do Hospital [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED].

Lisboa, 6 de Setembro de 2018

Nota Introdutória

Após pesquisa e consulta de orientações técnicas e procedimentos existentes no departamento de Pediatria do Hospital [REDACTED], e de forma a responder ao objectivo definido no Projecto de Estágio, procedi à elaboração de uma entrevista semi-estruturada para ser realizada à Sr.ª Enfermeira [REDACTED], Coordenadora do gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente do HBA. Solicitei a entrevista à Sr.ª Enfermeira via telefónica, tendo a mesma sido aprovada e agendada.

A entrevista realizou-se no dia 6 de Setembro no gabinete da Sr.ª Enfermeira [REDACTED] no [REDACTED], tendo sido realizado previamente pedido de autorização e consentimento para gravação da entrevista e respectiva transcrição e tratamento dos dados, o qual foi aceite.

De seguida será apresentada a entrevista, bem como a transcrição e tratamento dos dados da mesma.

1. Entrevista e Tratamento de dados

1.1 Apresentação e explicação do Projecto de Estágio

1.2 Exposição dos Objectivos a atingir durante o Estágio na UCERN do [REDACTED]

1.3 Questões orientadoras:

2.3.1. Quando foi criada a equipa de Gestão do Risco Hospitalar?

R: Em Outubro de 2012

2.3.2 Desde a sua criação que existe o Sistema de relato de incidentes “HER+”?

R: Nós abrimos o hospital em Janeiro de 2012, e comecei a organizar as coisas do Gabinete de Gestão do Risco e uma das estratégias que eu quis logo implementar em simultâneo com a divulgação do gabinete para a organização, foi o termos o sistema de notificação de incidentes, portanto em Outubro de 2012 divulgámos o gabinete e esta estratégia de notificação dos incidentes de segurança do doente, que é o “HER+”.

2.3.3 Qual a incidência de notificações relacionadas com o erro de administração de medicação, no departamento de Pediatria?

R: Nós não temos uma taxa de incidência, portanto, temos de facto algumas notificações mas habitualmente até temos mais relacionadas com os adultos do que com a Pediatria. Não lhe sei dizer de cor os números, mas é uma taxa relativamente baixa, apesar de nós sabermos que muitos incidentes são subnotificados, não é, mas quando falamos de erro de administração de medicamento temos uma taxa baixa sim, mas curiosamente, quando acontecem esses erros na Pediatria, as pessoas têm já uma cultura de segurança que as leva a reportar, e isso é assim.

2.3.4 Qual a incidência de notificações relacionadas com o erro de administração de medicação, na UCERN?

R: É praticamente nula, ou se é, é muito baixa.

2.3.5 Quais os principais eventos adversos notificados pela UCERN?

R: eles não têm notificado muito, não é assim um grupo que notifique muito, mas de facto têm uma preocupação em notificar relacionados com o medicamento sim, e também com o equipamento, e outras questões mais específicas, não é assim nada de, não me estou assim a recordar, principalmente são esses.

2.3.6 Foi notificada a questão do Sistema Informático “Sorian” não permitir a correcta prescrição dos horários da medicação, como por exemplo a prescrição de 36/36h na antibioterapia?

R: *Sim. Isso vem desde 2015. Logo no início da abertura do hospital foi definido quais é que eram os horários que iam estar no “Soriano”, portanto qual era a lista que aí ia estar e, tanto a Neonatologia, portanto, a Dr.^a [REDACTED] como o Prof. [REDACTED] identificaram logo no início a necessidade de haver mais horários, mas isso não foi tido na altura em consideração. Em 2015 houve um incidente, houve um erro de administração, porque tinha havido um erro de prescrição, e esse erro de prescrição quando nós fizemos a análise, percebemos que o médico não tinha possibilidade de prescrever de outra forma, porque o horário de 72 em 72h não estava disponível no “Soriano” e por isso ele prescreveu (pausa) não sei, já não sei de cor de quanto em quanto tempo, mas a prescrição errada e depois escreveu nas notas para administrar de 72 em 72h...o enfermeiro quando vai validar não lê essas notas, lê só o que está prescrito e está ativo e portanto valida a prescrição por aí, e por isso o intervalo entre as tomas foi menor do que aquilo que devia ser, portanto, houve de facto o erro de administração mas que, tinha por base o erro de prescrição. Portanto, se a prescrição tivesse sido correcta não tinha acontecido. E fez a dupla confirmação, e o outro colega também não se apercebeu que havia essa nota, em separado, onde tinha as indicações, e por isso com base nesse incidente, nós fizemos uma fundamentação para ser alterado. Depois as coisas andaram para trás e para a frente, têm passado por vários departamentos, envolve custos, depois tinha que ser o grupo de trabalho do medicamento, envolvemos o grupo de trabalho do medicamento, inclusive envolvi a Comissão de Farmácia e Terapêutica, portanto, eu não faço parte da comissão, mas pelo menos uma vez por mês se eu tiver temas eu falo com eles, proponho e levo esses temas para nós debatermos e, levei esse tema, a Comissão de Farmácia também aceitou a alteração e finalmente a semana passada conseguimos. Depois disso (referindo-se ao pedido de introdução dos horários em falta e antes da alteração ter sido efetuada) já voltou a acontecer outro incidente, exatamente pelos mesmos motivos, era igualzinho ao outro, e, portanto, agora finalmente conseguimos então a semana passada ter essa melhoria implementada.*

2.3.7 Das notificações relacionadas com o erro de medicação, que medidas têm sido implementadas na UCERN?

R: Portanto esta foi uma delas, não é; a formação também tem sido, portanto a Enfermeira responsável do serviço, ela fazia sistematicamente a formação e quando falava nos medicamentos de alto risco abordava portanto todos os medicamentos, um dos módulos de formação é precisamente a dupla confirmação; depois outra estratégia que também foi implementada foi colocar o carro, como havia muitas interrupções e como é um open space, colocar o carro a fazer um pouco de barreira e colar lá o sinal de ão interrompa, que é uma medida que nós tomámos em todas as salas de trabalho de enfermagem do hospital, portanto, está na porta, ali como não havia porta colocou-se lá essa, esse aviso e pronto assim que eu me lembre, essencialmente foram essas medidas, e também a reorganização dos medicamentos de alto risco, isso foi alterado já mais que uma vez, portanto, em função da metodologia que é escolhida para o hospital. Tivemos também o cuidado de todas as bombas infusoras, e sua programação, ser igual em todos os serviços do hospital. Na Neonatologia implementámos ainda o material de alimentação entérica distinto do material para administração parentérica. A aquisição de sondas nasogástricas roxas está em curso, visto tudo ter que ser justificado.

2.3.8 Quais as medidas que poderiam ser implementadas que ainda não foram?

R: Formação sobre a programação de bombas infusoras e a criação de uma orientação técnica e procedimento sobre a preparação e administração de medicação no Departamento de Pediatria.

2.3.9 Dentro da equipa multidisciplinar, quem notifica mais?

R: Os enfermeiros.

2.3.10 Uma das principais medidas preventivas para o erro de medicação, presente na evidência científica, é a formação contínua dos Profissionais de Saúde, concorda?

R: Sim. O conhecimento dos medicamentos, e em particular para quem trabalha em Pediatria é fundamental. Porque nos adultos existem doses standard e em Pediatria isso não acontece. O conhecimento é fundamental, porque se uma criança de X anos, ou X peso, tiver uma prescrição de X miligramas, enquanto enfermeira tenho que ter o conhecimento se aquela prescrição faz ou não sentido. Uma das coisas muito importantes para a integração em Pediatria é termos uma tabela estruturada, de consulta rápida, com a medicação existente e respectiva dosagem mg/Kg.

2. Conclusão

A entrevista com a Sr.^a Enfermeira foi fundamental para orientação do estágio final, bem como das actividades a desenvolver para atingir os objectivos propostos, concretizando e desenvolvendo assim, Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

No decorrer da entrevista, foi possível confirmar a importância de realização de uma Orientação Técnica sobre a preparação e administração de medicação no departamento de Pediatria do [REDACTED]. Ainda durante a entrevista, e após o tratamento dos dados, foi reforçada a importância de construção de uma tabela de consulta rápida sobre a medicação mais utilizada na UCERN, bem como a formação da equipa de enfermagem sobre estratégias e medidas preventivas ao erro de preparação e administração de medicação.

**Apêndice XXIV – Orientação Técnica “Preparação e Administração de
Medicação no Departamento de Pediatria”**

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

Estágio Final

**Orientação Técnica “*Preparação e Administração de Medicação no
Departamento de Pediatria*”**

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório*, 3º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer numa primeira fase na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN), do Hospital [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED].

Lisboa, 7 de Setembro de 2018

Orientação Técnica

Preparação e Administração de Medicação no Departamento de Pediatria

Versão 1

Data Elaboração da Versão Atual	07-09-2018
Âmbito	Definir os princípios gerais de preparação e administração de medicação, ao doente Pediátrico e Neonatal, garantindo a segurança do doente e prevenindo erros de medicação.

Justificação da criação da Orientação Técnica

É evidente que a ocorrência de erros na administração de medicação é uma realidade nos cuidados de saúde que não podemos ignorar, sendo de conhecimento geral que o erro “(...) não é resultado da ação de um indivíduo, mas de uma cadeia de eventos acionada por um sistema mal elaborado” (Belela, Pedreira e Peterlini, 2011).

Segundo a The Joint Commission (2008) os erros de medicação são considerados o tipo mais comum de erro médico. Contudo, apesar dos riscos elevados de ocorrência de erros de medicação na população pediátrica, poucos estudos estimam a sua incidência nesta faixa etária (Belela, Pedreira e Peterlini, 2011).

É consensual que os erros de medicação têm o potencial de causar danos tanto na população pediátrica, como na adulta. No entanto, o facto é que a população pediátrica está mais exposta a estes erros devido a cálculos de dosagem baseados em peso, dosagem fracionada, e necessidade de pontos decimais (The Joint Commission, 2008; Koumpagioti, Varounis, Kletsiou, Nteli e Matziou, 2014; Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala, 2016). Os estudos alertam ainda para o facto de os erros de medicação, com potencial para causar dano, serem três vezes mais prováveis em pacientes pediátricos hospitalizados do que em adultos (Kaushal *et al.*, 2001 citado por Koumpagioti, Varounis, Kletsiou, Nteli e Matziou, 2014; Belela, Pedreira e Peterlini, 2011).

A The Joint Commission apresenta um conjunto de características que evidenciam as razões pelas quais a população pediátrica se torna mais vulnerável e propícia à ocorrência de erros de medicação, nomeadamente: o facto de a maioria dos fármacos utilizados na prestação de cuidados a crianças ser formulada e embalada principalmente para adultos, levando à necessidade de alterar a dosagem original da medicação, e proceder a uma série de cálculos, aumentando assim significativamente a possibilidade de erro; a maioria das configurações de cuidados de saúde é construída principalmente em torno das necessidades dos adultos, sendo que muitos ambientes carecem de recursos humanos especializados em cuidados pediátricos, protocolos de cuidados pediátricos, e / ou materiais de referência pediátricos atualizados e de fácil acesso, especialmente no que se refere a medicamentos; as crianças - especialmente crianças pequenas e doentes - têm menos capacidade de tolerar fisiologicamente um erro de medicação devido à imaturidade das funções renais, imunológicas e hepáticas; e finalmente o facto de este ser um grupo populacional, principalmente as crianças mais pequenas, que não consegue comunicar de forma eficaz de

forma a alertar quaisquer efeitos adversos que os medicamentos possam estar a causar (The Joint Commission, 2008). Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala (2016) corroboram com as razões apresentadas pela The Joint Commission e acrescentam ainda o facto de os sistemas de prescrição eletrónica serem programados para adultos e demonstrarem serem pouco eficazes na deteção de erros de medicação.

Acrescentando dados a este conjunto de características propícias à ocorrência de erro, fontes confirmam que “Aproximadamente 75% dos medicamentos prescritos em pediatria não foram adequadamente estudados nesta população” (Belela, Pedreira e Peterlini, 2011). Os mesmos autores reforçam que a maioria dos fármacos de uso parental não são disponibilizados pela indústria farmacêutica com apresentação pediátrica. Assim, os profissionais de saúde vêm-se sujeitos a ter que realizar cálculos sofisticados, rediluição, manipulação excessiva e administração de doses muito fracionadas, o que predispõe à ocorrência de falhas (Belela, Pedreira e Peterlini, 2011).

Koumpagioti, Varounis, Kletsiou, Nteli e Matziou (2014) citam Kaushal *et al.* (2001) e Miller, Robinson, Lubomski, Rinke e Pronovost (2007), dando conhecimento que a maioria dos erros de medicação em crianças ocorrem nas etapas de prescrição e administração de medicamentos.

Apesar das evidências, existe ainda uma grande falta de conhecimento sobre a real incidência desta problemática, maioritariamente devido à falta de definições padronizadas e à terminologia utilizada na literatura. Isto significa que, em muitos casos, os estudos são difíceis de comparar e são inconsistentes ao quantificar os resultados (Lisby, Nielsen, Brock, Mainz, 2010; Wong, Ghaleb, Franksin, Barber, 2004, citados por Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala, 2016). Esta falta de consenso, afeta inevitavelmente também a definição e identificação de estratégias para a prevenção dos erros de medicação, os quais ainda se baseiam em questões básicas, como a definição do conceito de erro de medicação, intervalo de dose e prioridade na implementação (bulletin of the iberoamerican group Systematic review on Patient safety, 2008, citado por Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala, 2016).

Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015) alertam para o facto de embora exista consenso sobre os fatores que contribuem para os erros, continuam a existir falhas na identificação de soluções sustentáveis para a prevenção do erro na administração de medicação, sendo que até ao momento as famílias têm sido descuradas como uma das potenciais soluções. Os factores contribuintes identificados pelos autores foram: falhas de comunicação entre os pais das crianças e os profissionais de saúde; sobrecarga de trabalho dos enfermeiros; falta de

adesão às políticas e *Guidelines* institucionais; interrupções; falta de experiência dos enfermeiros e formação insuficiente dada pela instituição aos enfermeiros (Alomari, Wilson, Davidson e Lewis, 2015). Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala (2016) reforçam, afirmando que a melhor forma de entender e prevenir os erros de medicação é considerar a sua etiologia e classificação, uma vez que existem múltiplos fatores na raiz do problema, nomeadamente a organização; procedimentos; condições de trabalho e fatores humanos relacionados aos profissionais de saúde. Assim, é sugerido às organizações prestadoras de cuidados de saúde, como futuras soluções para prevenir os erros de medicação, terem em consideração os rácios de profissionais, o seu nível de competências, o stress e a carga de trabalho associada à prestação de cuidados (Alomari, Wilson, Davidson e Lewis, 2015). Campino *et al.* (2015) reforçam, dizendo que é possível trabalhar sem erros, desde que o profissional de saúde tenha uma boa técnica de preparação de medicação e as condições ambientais não influenciem as suas competências. Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015) reforçam ainda que as organizações devem implementar políticas e diretrizes adequadas, nomeadamente ao nível da formação e suporte educacional contínuo, bem como o acesso a tecnologia de apoio. A The Joint Commission (2008) enfatiza ainda, que os pais e cuidadores desempenham um papel extremamente importante nos cuidados de saúde das crianças, sendo fundamental incentivá-los procurar informações fidedignas e fazer perguntas sobre a medicação prescrita aos filhos, garantindo assim a compreensão sobre o medicamento, dosagens, tempo e vias de administração, e desta forma assegurar que todos os envolvidos possam administrar medicamentos com segurança a esta população mais vulnerável.

Assim, surge a importância de criação desta Orientação Técnica, transversal ao Departamento de Pediatria do Hospital [REDACTED], visto que enquanto enfermeiros, temos um papel ativo nas etapas de preparação e administração da medicação, tendo a obrigação de participar ativamente na implementação e identificação de novas estratégias, promovendo assim a segurança do doente, nomeadamente em idade pediátrica.

Nome

Preparação e Administração de Medicação no Departamento de Pediatria.

Objectivo

Promover a segurança do doente pediátrico através da uniformização da prática de preparação e administração de medicação.

Minimizar a incidência de erros de medicação.

Definição de Conceitos

Segurança do Doente é a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo (Direção-Geral de Saúde, 2011).

Incidente de Segurança do Doente é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente. Os incidentes surgem quer de atos intencionais, quer de atos não intencionais (Direção-Geral de Saúde, 2011).

Erro é a falha na execução planeada de uma ação, uso errado, impróprio ou incorreto de um plano para atingir um objectivo (Direção-Geral de Saúde, 2011).

Erro de medicação é qualquer evento evitável que pode causar ou conduzir ao uso inadequado de medicação ou dano para o doente enquanto a medicação está sob o controlo do profissional de saúde, doente ou consumidor. Tais eventos podem estar relacionados com a prática profissional, com produtos para cuidados de saúde, procedimentos e sistemas, incluindo prescrição, comunicação da prescrição; rotulagem do produto, embalagem e nomenclatura; composição, dispensa, administração, educação, monitorização e utilização (Direção-Geral de Saúde, 2011).

Segurança na medicação é considerado a ausência de lesão acidental durante o uso de medicação; atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem resultar do uso de medicamentos (Direção-Geral de Saúde, 2011).

Orientação Técnica

1. Antes de iniciar a preparação da medicação:

- 1.1 Obter etiqueta de identificação da criança/jovem, permitindo a confrontação com a prescrição médica em Processo Clínico Electrónico.
- 1.2 Consultar a prescrição médica em Processo Clínico Electrónico verificando:
 - 1.2.1 identificação positiva da criança/jovem;
 - 1.2.2 medicação prescrita;
 - 1.2.3 horário de administração;
 - 1.2.4 via de administração;
- 1.3 Realizar dupla confirmação da prescrição com segundo enfermeiro, separadamente.
- 1.4 Não avançar para a fase de preparação da medicação caso exista alguma dúvida na prescrição. Nesse caso contactar médico prescritor.
- 1.5 Sempre que possível, a prescrição deve ser realizada em miligramas por quilograma (mg/kg) para facilitar a dupla confirmação. Exceções a isso são medicamentos que não se prescreve a dosagem baseada no peso, como tópica, oftalmológica e vitaminas.

2. Fase de preparação da medicação:

- 2.1 Higienizar as mãos (a higienização das mãos antes da preparação e administração de medicação é obrigatória);
- 2.2 Desinfetar bancada e tabuleiro de preparação da medicação com álcool 70°;
- 2.3 Reunir o material necessário à preparação da medicação em causa (Entérica/Parentérica);
- 2.4 Providenciar a medicação prescrita lendo o “rótulo” da embalagem e sua apresentação, prazo de validade e condições de conservação e armazenamento;

- 2.5 Sempre que possível, utilizar formulações e concentrações específicas para uso pediátrico comercialmente disponíveis, ou disponíveis em farmácia hospitalar;
- 2.6 Realizar dupla confirmação, com segundo enfermeiro, separadamente, da dose prescrita, diluição, ritmo de infusão e via de administração;
- 2.7 Seguir as indicações para reconstituição/diluição/concentração;
- 2.8 Não exceder diluições recomendadas;
- 2.9 Não preparar medicação para administração parentérica e entérica em simultâneo ou no mesmo local;
- 2.10 Não preparar medicação para várias crianças/jovens em simultâneo;
- 2.11 Não transportar medicação para administração parentérica e entérica em simultâneo;
- 2.12 Utilizar, sempre que possível, seringas *luer-lock* para administração de medicação parentérica em perfusão;
- 2.13 Preparar medicação entérica sempre em seringas próprias para administração entérica (Na ausência de material específico, as seringas utilizadas NÃO DEVEM ser *luer-lock* e DEVEM ser identificadas com “ORAL” ou “ENTÉRICA”);
- 2.14 A preparação da medicação deve ser sempre efetuada pelo enfermeiro que a vai administrar;
- 2.15 Preparar a medicação imediatamente antes da sua administração;
- 2.16 Preenchimento de etiqueta para identificação da medicação com:
 - 2.16.1 identificação positiva da criança/jovem (nome; data de nascimento; NP);
 - 2.16.2 nome do medicamento;
 - 2.16.3 dosagem exata preparada;
 - 2.16.4 tipo e quantidade de solvente utilizado;
 - 2.16.5 data e hora;
 - 2.16.6 em caso de perfusão, acrescentar o ritmo de perfusão e tempo de duração;
 - 2.16.7 tempo de estabilidade;
 - 2.16.8 assinatura e número mecanográfico dos dois enfermeiros que realizaram a dupla confirmação.
- 2.17 Após a preparação, a medicação deve ser transportada imediatamente até à unidade da criança em tabuleiro próprio;

2.18 Em caso de dúvida de preparação, consultar Serviços Farmacêuticos do [REDACTED] (35 [REDACTED]); site INFOMED (<http://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php>). No caso da criança em idade Neonatal consultar o manual *NEOFAX Neofax: A Manual of Drugs Used in Neonatal Care*;

3. Fase de administração da medicação:

3.1 A administração da medicação deve respeitar:

- 3.1.1 Doente certo;
- 3.1.2 Medicamento certo;
- 3.1.3 Medicamento adequado à patologia;
- 3.1.4 Hora certa;
- 3.1.5 Dose certa;
- 3.1.6 Via de administração certa;
- 3.1.7 Perfusões no ritmo certo;
- 3.1.8 Ensino certo;

3.2 Higienizar as mãos (a higienização das mãos antes da preparação e administração de medicação é obrigatória);

3.3 Verificar todos os dispositivos, desde o local de inserção até à conexão;

3.4 No caso de administração de terapêutica endovenosa, verificar as condições de manutenção do cateter venoso e testar a sua permeabilidade;

3.5 Conhecer as incompatibilidades medicamentosas e lavar as vias entre as administrações;

3.6 Respeitar as concentrações recomendadas e tempos indicados de administração;

3.7 Programar a bomba perfusora com o volume a ser administrado e ritmo de perfusão;

3.8 Utilizar bombas perfusoras distintas para perfusões parentéricas e para perfusões entéricas, como leite;

3.9 Examinar regularmente as perfusões endovenosas em perfusão contínua, identificando precocemente qualquer alteração da cor, cristalização ou qualquer outro sinal de interação;

- 3.10 Durante e após a administração de qualquer terapêutica, a criança/jovem deve ser vigiada, despistando precocemente qualquer tipo de alteração hemodinâmica/física/alérgica e iatrogénica;
- 3.11 Nenhum medicamento de alto risco deve ser administrado caso a criança/jovem não tenha sido pesada, a menos que seja uma emergência;

4. Caso seja detetada alguma alteração relacionada com a administração de medicação, o enfermeiro deve:

- 4.1 Suspender de imediato a perfusão;
 - 4.2 Comunicar ao Médico;
 - 4.3 Monitorizar e vigiar a criança;
 - 4.4 Providenciar os cuidados necessários para minimizar o dano e salvaguardar a segurança da criança/jovem;
 - 4.5 Proceder aos registos de enfermagem no Processo Clínico Electrónico;
 - 4.6 Notificar o evento adverso no Sistema de Notificação “HER+”.
- 5. Realizar ensinamentos sobre a medicação para a criança/jovem, e pais/responsáveis, incluindo informações sobre possíveis efeitos secundários;
 - 6. Pedir aos pais/responsáveis, ou caso possível, à criança/jovem, para repetir a sua compreensão do medicamento e como ele deve ser administrado;
 - 7. Incentivar os pais/responsáveis a expressarem dúvidas e fazerem perguntas sobre medicação.
 - 8. Validar a administração da medicação no Processo Clínico Electrónico, assinando em observações com o Nome e N^o mecanográfico do Enfermeiro que realizou a dupla confirmação.

Bibliografia

- Alomari, A., Wilson, V., Davidson, P. & Lewis, J. (2015). Families, nurses and organisations contributing factors to medication administration error in paediatrics: a literature review. *International Practice Development Journal*, 5(1), 1-14.
- Belela, A., Pedreira, M. & Peterlini, M. (2011). Erros de medicação em Pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 563-569.
- Campino, A., Santesteban, E., Pascual, P., Sordo, B., Arranz, C., Unceta, M. & Lopez-de-Heredia, I. (2015). Strategies implementation to reduce medicine preparation error rate in neonatal intensive care units. *European Journal of Pediatrics*, 175, 755-765.
- Koumpagioti, D., Varounis, C., Kletsiou, E., Nteli, C. & Matziou. (2014). Evaluation of the medication process in pediatric patients: a meta-analysis. *Jornal de Pediatria*, 90(4), 344-355.
- Organização Mundial de Saúde (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Joint Commission International (2017). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*. (7ª edição). Estados Unidos da América: Joint Commission International.
- Ruano, M., Villamañán, E., Pérez, E., Herrero, A. & Álvarez-Sala, R. (2016). New Technologies as a strategy to decrease medication errors: how do they affect adults and children differently? *World Journal of Pediatrics*, 12(1), 28-34.
- The Joint Commission (2008). *Sentinel event alert: preventing pediatric medication errors*. Recuperado de: [http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_39.htm?](http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_39.htm?print=yes) print=yes[9/20/2010 11:54:27 AM]

Apêndice XXV – Tabelas com medicação mais utilizada, e de urgência, da UCERN

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

Estágio Final

Tabelas com medicação mais utilizada, e de urgência, da UCERN

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório*, 3º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer numa primeira fase na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN), do Hospital [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED].

Lisboa, 13 de Setembro de 2018

1. Introdução

Durante a realização da entrevista à Sr.^a Enfermeira Coordenadora do Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente do Hospital [REDACTED], foi reforçada a importância de construção de uma tabela de consulta rápida sobre a medicação mais utilizada na UCERN, com o objectivo de toda a equipa de enfermagem ter presente a correcta preparação e administração de medicação.

Neste sentido, foi realizado o levantamento com equipa de enfermagem e médica da UCERN sobre a medicação prescrita e administrada com mais regularidade, bem como sobre a medicação utilizada em situações de urgência. Após pesquisa Bibliográfica no Neofax (2011), sobre preparação e administração de medicação em Neonatologia, realizei duas tabelas, apresentadas de seguida: a primeira com a Medicação mais utilizada na UCERN; e a segunda com Medicação de Urgência na UCERN. Ambas as tabelas são compostas pela medicação; dose recomendada; forma de preparação e administração; solventes compatíveis e incompatibilidades medicamentosas.

2. Tabelas de Medicação mais utilizada e de Urgência

Medicação/Dose Recomendada	Preparação e Administração	Solventes	Incompatibilidades
<p><u>Ampicilina</u></p> <p>25mg a 50mg/Kg/dose</p> <p><u>Infeção por Streptococcus B - 150mg a 200mg/Kg/dia</u></p>	<p>Reconstituir na proporção 1:1 (1000mg em 10ml do solvente)</p> <p>Infusão direta lenta;</p> <p>Perfusão 10min em Epicutanêo.</p>	<p>Água destilada</p> <p>Cloreto de sódio a 0,9%</p> <p>Dextrose a 5%</p>	<p>Amicacina;Amiodaron a; Adrenalina; Bicarbonato de Sódio; Dopamina; Eritromicina; Fluconazol; Hidralazina; Gentamicina; Metoclopramida; Midazolam;</p>
<p><u>Amicacina</u></p> <p>15mg a 18mg/Kg/dose</p> <p>conforme situação clínica/idade gestacional/peso</p>	<p>1º - reconstituir o conteúdo do frasco de 500mg em 100ml de NaCl 0,9% ficando com 5mg/ml;</p> <p>2º - Retirar a dose prescrita da diluição + quantidade necessária para expurgar o prolongamento;</p> <p>Perfusão de 30 minutos.</p>	<p>Cloreto de sódio a 0,9%</p> <p>Dextrose a 5%</p> <p>Dextrose a 10%</p>	<p>Lípidos; Anfotericina B; Ampicilina; Azitromicina; Heparina (se concentração >1UI/ml); Imipenem; Fenitoína; Propofol.</p>
<p><u>Cefazolina</u></p> <p>25mg/kg/dose</p>	<p>1º- Reconstituir na proporção 1:1 (1000mg em 10ml de do solvente</p> <p>2º - converter a dose prescrita em ml e multiplicar por 2;</p> <p>3º - retirar a dose calculada;</p> <p>4º - diluir a dose calculada até 4ml de um dos solventes, ficando 2ml para expurgar o prolongamento e 2ml para perfundir.</p> <p>Perfusão de 30-60 minutos.</p>	<p>Cloreto de sódio a 0,9%</p> <p>Dextrose a 5%</p> <p>Dextrose a 10%</p>	<p>Amiodarona; Cimetidina; Vancomicina.</p>
<p><u>Cefotaxima</u></p> <p>50mg/Kg/dose</p>	<p>Reconstituir na proporção 1:1 (1000mg em 10ml do solvente)</p> <p>Infusão direta lenta;</p> <p>Perfusão 10min em Epicutanêo.</p>	<p>Cloreto de sódio a 0,9%</p> <p>Dextrose a 5%</p> <p>Dextrose a 10%</p>	<p>Azitromicina; Fluconazol; Protamina; Bicarbonato de sódio; Vancomicina</p>
<p><u>Ceftazidima</u></p> <p>30mg/Kg/dose</p>	<p>1º- Reconstituir na proporção 1:1</p> <p>2º - converter a dose prescrita em ml e multiplicar por 2;</p> <p>3º - retirar a dose calculada;</p> <p>4º - diluir a dose calculada até 4ml de um dos solventes, ficando 2ml para expurgar o prolongamento e 2ml para perfundir.</p> <p>Perfusão de 30 minutos.</p>	<p>Cloreto de sódio a 0,9%</p> <p>Dextrose a 5%</p> <p>Dextrose a 10%</p>	<p>Amiodarona; Azitromicina; Eritromicina; Fluconazol; Midazolam; Fenitoína; Vancomicina.</p>

<p>Ceftriaxone</p> <p>Sépsis: 50mg/Kg/dia</p> <p>Meningite:</p> <p>dose inicial 100mg/Kg dose manutenção 80mg/Kg/dia</p>	<p>1º- Reconstituir na proporção 1:1</p> <p>2º - converter a dose prescrita em ml e multiplicar por 2;</p> <p>3º - retirar a dose calculada;</p> <p>4º - diluir a dose calculada até 4ml de um dos solventes, ficando 2ml para expurgar o prolongamento e 2ml para perfundir.</p> <p>Perfusão de 30 minutos.</p>	<p>Cloreto de sódio a 0,9%</p> <p>Dextrose a 5%</p> <p>Dextrose a 10%</p>	<p>Aminofilina; Azitromicina; Cloreto de Cálcio; Gluconato de Cálcio; Fluconazol; Vancomicina.</p>
<p>Cefuroxima</p> <p>30mg a 100mg/Kg/dose</p>	<p>Reconstituir na proporção 1:1 (750mg em 7.5ml do solvente)</p> <p>Infusão direta lenta;</p> <p>Perfusão 10min em Epicutanêo.</p>	<p>Água destilada</p>	<p>Aminoglicosídeos; Bicarbonato de Sódio 8,4%.</p>
<p>Citrato de Cafeína 1% EV</p> <p>Dose impregnação:</p> <p>20 a 25mg/Kg</p> <p>Dose de manutenção:</p> <p>5 a 10 mg/Kg/dose</p>	<p>Não se dilui!</p> <p>1º- Converter a dose prescrita em UI ou ml;</p> <p>Dose de impregnação: Perfusão de 15 minutos;</p> <p>Dose de Manutenção: Infusão direta;</p> <p>Perfusão 10min em Epicutanêo</p>	<p>Não são necessários Solventes.</p> <p>Compatível com: Dextrose a 5%</p> <p>Dextrose a 10%</p>	<p>Aciclovir; Furosemida; Ibuprofeno; Lorazepam; Nitroglicerina.</p>
<p>Flucloxacilina</p> <p>25mg a 50mg/Kg/dose</p>	<p>Reconstituir na proporção 1:1 (500mg em 5ml do solvente)</p> <p>Infusão direta lenta;</p> <p>Perfusão 10min em Epicutanêo.</p>	<p>Água destilada</p> <p>Cloreto de sódio a 0,9%</p>	<p>Aminoglicosídeos; Lípidos.</p>
<p>Fluconazol</p> <p>EV:</p> <p>Dose inicial – 12mg a 25mg/Kg/dose</p> <p>Dose de manutenção – 6mg a 12mg/Kg/dose</p>	<p>Não se dilui!</p> <p>1º - Converter a dose prescrita em ml;</p> <p>2º - Retirar a dose prescrita da diluição + quantidade necessária para expurgar o prolongamento;</p> <p>Perfusão de 30 minutos.</p>	<p>Não são necessários Solventes.</p> <p>Compatível com: Dextrose a 5%</p> <p>Dextrose a 10%</p>	<p>Anfotericina B; Ampicilina; Gluconato de cálcio; Cefotaxima; Ceftazidima; Ceftriaxona; Clindamicina; Digoxina; Eritromicina; Furosemida; Imipenem; Piperacilina.</p>
<p>Furosemida</p>	<p>Não se dilui!</p>	<p>Água destilada</p>	<p>Azitromicina; Caspofungina; Ciprofloxacina; Dobutamina;</p>

<p><u>EV:</u> 1mg a 2mg/Kg/dose</p> <p><u>Oral:</u> 1mg a 6mg/Kg/dose</p>	<p>1º - Converter a dose prescrita em ml;</p> <p>Infusão direta;</p> <p>Perfusão 10min em Epicutanêo.</p>	<p>Cloreto de sódio a 0,9%</p> <p>Dextrose a 5%</p> <p>Dextrose a 10%</p>	<p>Dopamina; Eritromicina; Esmolol; Floconazol; Gentamicina; Hidralazina; Isoprenalina; Metoclopramida; Midazolam; Milrinona; Netilmicina; Nicardipina e Vecuronio.</p>
<p><u>Gentamicina</u></p> <p>2mg a 4,5mg/Kg/dose</p> <p>conforme situação clínica/idade gestacional/peso</p>	<p>1º - converter a dose prescrita em ml e multiplicar por 2;</p> <p>2º - retirar a dose calculada da ampola/frasco;</p> <p>3º - diluir a dose calculada até 4ml do solvente, ficando 2ml para expurgar o prolongamento e 2ml para perfundir.</p> <p>Perfusão de 30 minutos.</p>	<p>Água destilada</p> <p>Cloreto de sódio a 0,9%</p> <p>Dextrose a 5%</p> <p>Dextrose a 10%</p>	<p>Ampicilina; Anfotericina B; Dopamina; Furosemda; Heparina (se concentração >1UI/ml); Lidocaína; Morfina; Penicilina G; Imipenem; Indometacina.</p>
<p><u>Heparina</u></p>	<p><u>1ª diluição</u></p> <p>20 UI de Heparina até 10ml de NaCl 0,9% (100 UI/ml)</p> <p><u>2ª diluição</u></p> <p>1ml da 1ª diluição até 100ml de NaCl 0,9% (1 UI/ml)</p>		<p>Amicacina, Amiodarona; Diazepam, Fenitoína, Gentamicina(se concentração >1UI/ml), Metadona, Vancomicina (se concentração >1UI/ml).</p>
<p><u>Metronidazol</u></p> <p><u>Dose impregnação:</u></p> <p>15mg/Kg</p> <p><u>Dose de manutenção:</u></p> <p>7,5mg/Kg/dose</p> <p>conforme situação clínica/idade gestacional/peso</p>	<p>Não se dilui!</p> <p>1º - Converter a dose prescrita em ml;</p> <p>2º - Retirar a dose prescrita da diluição + quantidade necessária para expurgar o prolongamento;</p> <p>Perfusão de 60 minutos.</p>	<p>Não são necessários Solventes.</p> <p>Compatível com: Dextrose a 5%</p> <p>Cloreto de sódio a 0,9%</p>	<p>Recomenda-se na administração do Metronidazol, se for administrado em Y com um soro primário, este deve ser suspenso.</p> <p>Incompatível com Meropenem.</p>
<p><u>Meropenem</u></p> <p>20mg a 40mg/Kg/dose</p> <p>conforme situação clínica/idade gestacional/peso</p>	<p>Para Meropenem 500mg <i>Kabi</i>:</p> <p>1º - reconstituir o conteúdo em 10ml de água destilada;</p> <p>2º - Diluir até 50ml de NaCl 0,9%;</p> <p>3º - Retirar a dose prescrita da diluição + quantidade necessária para expurgar o prolongamento;</p> <p>Perfusão de 30 minutos.</p>	<p>Água destilada</p> <p>Cloreto de sódio a 0,9%</p> <p>Dextrose a 5%</p> <p>Dextrose a 10%</p>	<p>Aciclovir; Anfotericina B; Bicarbonato de Sódio; Gluconato de Cálcio; Metronidazol; Zidovudina.</p>

<p>Paracetamol</p> <p>10mg a 20mg/Kg/dose</p> <p>(no RN dose máxima – 60mg/Kg/dia)</p>	<p>Suspensão oral</p> <p>(Dose impregnação – 24mg/Kg; Dose manutenção – 12mg/Kg)</p> <p>Endovenoso</p> <p>1º - Converter a dose prescrita em ml;</p> <p>2º - Retirar a dose prescrita da diluição + quantidade necessária para expurgar o prolongamento;</p> <p>Perfusão de 30 minutos.</p>	<p>Não são necessários Solventes.</p>	
<p>Penicilina (Potássica e Sódica)</p>	<p>1º- reconstituir o conteúdo do frasco com 10 ml de um dos solventes;</p> <p>2º - converter a dose prescrita em ml e multiplica-la por 2;</p> <p>3º- retirar do frasco a dose calculada</p> <p>4º - diluir a dose calculada até 4ml com um dos solventes, ficando deste modo 2ml para expurgar o prolongamento e 2 ml para perfundir;</p> <p>Perfusão de 60 minutos</p>	<p>Água destilada</p>	<p>Aminofilina; Anfotericina B; Fenobarbital; Fenitoína; Metoclopramida.</p>
<p>Ranitidina</p> <p>EV: 0,5mg/Kg/dose</p> <p>Oral: 2mg/Kg/dose</p>	<p>Se administração directa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diluir em 20 ml de um dos solventes; - Retirar a dose prescrita da diluição; - Em Epicutanêo, administrar em 10 minutos. <p>Se administração em perfusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De acordo com a prescrição. 	<p>Cloreto de sódio a 0,9%</p> <p>Dextrose a 5%</p> <p>Dextrose a 10%</p>	<p>Anfotericina B; Fenobarbital.</p>
<p>Vancomicina</p> <p>Meningite:</p> <p>15/Kg/dose</p> <p>Bacteremia:</p> <p>10mg/Kg/dose</p> <p>conforme situação clínica/idade gestacional/peso</p>	<p>1º - reconstituir o conteúdo do frasco de 500mg em 100ml do solvente, ficando com 5mg/ml;</p> <p>2º - Retirar a dose prescrita da diluição + quantidade necessária para expurgar o prolongamento;</p> <p>Perfusão de 60 minutos.</p>	<p>Água destilada</p> <p>Cloreto de sódio a 0,9%</p> <p>Dextrose a 5%</p> <p>Dextrose a 10%</p>	<p>Cefotaxima; Ceftazidima; Ceftriaxona; Cefazolina; Dexametasona; Fenobarbital; Heparina (se concentração >1UI/ml); Piperacilina.</p>

Tabela 1 – Medicação mais utilizada na UCERN

Medicação/Dose Recomendada	Via de Administração	Preparação e Administração	Solventes	Incompatibilidades
<p><u>ADRENALINA</u></p> <p>EV 0,01mg a 0,03mg/Kg/Dose</p> <p>Endotraqueal 0,05mg a 0,1mg/Kg/Dose</p>	<p>Endovenosa Endotraqueal</p>	<p>Diluir 1ml da ampola até 10ml NaCl 0.9% (0.1mg/ml)</p> <p>Bólus (Colocar em seringa de insulina)</p> <p>Quando administração Endotraqueal realizar lavagem de seguida com 1ml de NaCl 0,9%.</p> <p>Exemplo:</p> <p>RN 2Kg faz EV 0.2ml da diluição e ET 2ml da diluição</p>	<p>NaCl 0,9%</p> <p>Dextrose a 5%</p> <p>Dextrose a 10%</p>	<p>Aminofilina, Ampicilina, Bicarbonato sódio.</p>
<p><u>ATROPINA</u></p> <p>EV e Endotraqueal: 0,01 a 0,03Kg/Kg/Dose</p> <p>Oral: 0,02mg/Kg/dose</p>	<p>Endovenosa Oral Endotraqueal</p>	<p>Diluir 1ml da ampola até 10ml H2O (0.05mg/ml)</p> <p>Bólus</p> <p>Quando administração Endotraqueal realizar lavagem de seguida com 1ml de NaCl 0,9%.</p>	<p>NaCl 0,9%</p> <p>Dextrose a 5%</p>	<p>Fenitoína, Trimetropim</p>
<p><u>BICARBONATO DE SÓDIO 8,4%</u></p> <p>(Conforme prescrição médica)</p> <p>Dose usual: 1 a 2 mEq/Kg em 30minutos</p>	<p>Endovenosa</p>	<p>De acordo com o Défice de Bases</p> <p>Bólus lento ou perfusão sem outras drogas</p>	<p>Água destilada</p>	<p>APT, Amiodarona, Ampicilina, Cloreto Cálcio, Cefotaxima, Dobutamina, Dopamina, Adrenalina, Imipenem, Isoproterenol, Sulfato Magnésio, Meropenem, Metadona, Metoclopramida, Midazolam, Nicardipina, Noradrenalina, Oxacilina, Fenitoína, Clavulanato.</p>
<p><u>DOPAMINA</u></p> <p>(2 a 20µg/Kg/minuto)</p>	<p>Endovenosa</p>	<p>Preparação de acordo com prescrição</p> <p>Perfusão contínua em 24h</p>	<p>NaCl 0,9%</p> <p>Dextrose a 5%</p>	<p>Aciclovir, Ampicilina, Anfotericina B, Bicarbonato de sódio, Furosemida, Indometacina, Insulina, Penicilina G Potássica.</p>

<p><u>DOBUTAMINA</u></p> <p>(2 a 25µg/Kg/minuto)</p>	<p>Endovenosa</p>	<p>Preparação de acordo com prescrição</p> <p>Perfusão contínua em 24h</p>	<p>NaCl 0,9%</p> <p>Dextrose a 5%</p> <p>Dextrose a 10%</p>	<p>Aciclovir, Aminofilina, Bicarbonato de sódio, Diazepam, Digoxina, Fenitoína, Furosemida, Ibuprofeno, Indometacina, Piperacilina.</p>
<p><u>FLUMAZENIL</u></p> <p>(antagonista benzodiazepinas)</p> <p>5mcg a 10mcg/Kg</p>	<p>Endovenosa</p>	<p>Não se dilui!</p> <p>Retirar directamente a dose prescrita da ampola.</p>	<p>Não são necessários Solventes.</p> <p>Compatível com: Dextrose a 5%</p> <p>NaCl a 0,9%</p>	
<p><u>FENOBARBITAL</u></p> <p><u>Dose de impregnação</u> 20 mg/Kg/dia</p> <p><u>Dose de manutenção</u> 3 a 5 mg/Kg/dia</p>	<p>Endovenosa</p> <p>Oral</p>	<p>Preparação de acordo com prescrição</p>	<p>NaCl 0,9%</p> <p>Dextrose a 5%</p> <p>Dextrose a 10%</p>	<p>Clindamicina, Hidrocortisona, Insulina, Lípidos, Midazolam, Morfina, Pancurónio, Ranitidina e Vancomicina.</p>
<p><u>FENTANIL</u></p> <p><u>Analgesia a sedação</u> 0,5mcg a 4 mcg/Kg/dose</p> <p><u>Anestesia</u> 5 a 50 mcg/Kg/dose</p>	<p>Endovenosa</p>	<p>Preparação de acordo com prescrição</p> <p><u>EXEMPLO:</u></p> <p>Fentanil ampola 0.1mg/2ml</p> <p>- Diluir até 10ml de NaCl 0,9%, ficando com a concentração de 0.01mg/ml → 10 mcg/ml</p> <p>Perfusão contínua (1 a 5 mcg/Kg/hora)</p>	<p>NaCl 0,9%</p> <p>Dextrose a 5%</p> <p>Dextrose a 10%</p>	<p>Azitromicina; Fenobarbital; Fenitoína.</p>
<p><u>MIDAZOLAM</u></p> <p><u>Bólus</u> 0,05 a 0,15mg/Kg de 2/2h ou 4/4h</p> <p><u>Dose Perfusão</u> 0,01mg a 0,06mg/Kg/hora</p>	<p>Endovenosa</p>	<p><u>1ª diluição</u> Diluir os 3ml da ampola (15mg/3ml) até 15 ml do solvente, ficando 1mg/ml</p> <p><u>2ª diluição</u> Preparação de acordo com prescrição; Retirar da diluição anterior a dose prescrita.</p> <p>Bólus – infusão directa lenta</p> <p>Dose de manutenção – perfusão contínua</p>	<p>NaCl 0,9%</p> <p>Dextrose a 5%</p>	<p>Albumina, Ampicilina, Bicarbonato de sódio, Ceftazidima, Hidrocortisona, Dexametasona, Fenobarbital, Furosemida e Lípidos.</p>

<p><u>MORFINA</u></p> <p><u>Bólus</u></p> <p>0,05 a 0,2 mg/Kg/dose</p> <p><u>Dose Perfusão</u></p> <p>0,01mg a 0,02mg/Kg/hora</p>	<p>Endovenosa</p>	<p><u>1ª diluição</u></p> <p>Diluir a ampola de 10 mg/ml até 10 ml de um dos solventes</p> <p><u>2ª diluição</u></p> <p>Preparação de acordo com prescrição;</p> <p>Retirar da diluição anterior a dose prescrita.</p> <p>Bólus – infusão directa lenta</p> <p>Dose de manutenção – perfusão contínua</p>	<p>NaCl 0,9%</p> <p>Dextrose a 5%</p> <p>Dextrose a 10%</p> <p>Para perfusão contínua de Morfina, com heparina, utilizar APENAS NaCl0,9%</p>	<p>Azitromicina, Fenitoína e Fenobarbital.</p>
<p><u>NALOXONA</u></p> <p>(antagonista dos narcóticos)</p> <p>(0,01mg/Kg)</p>	<p>Endovenosa</p>	<p><u>Infusão directa</u> – retirar directamente a dose prescrita da ampola;</p> <p><u>Perfusão contínua</u> – diluir até 4µg/ml de um dos solventes.</p> <p>Infusão directa – de 30 a 60 segundos</p> <p>Perfusão contínua</p>	<p>NaCl 0,9%</p> <p>Dextrose a 5%</p>	<p>Soluções alcalinas</p>
<p><u>AEROSSOL 123</u></p>	<p>Aerossol</p>	<p>1ml Adrenalina</p> <p>2ml Dexametasona</p> <p>3ml NaCl 0,9%</p>		

Tabela 2 – Medicação de Urgência na UCERN

3. Conclusão

A ocorrência de erros na preparação e administração de medicação é uma realidade nos cuidados de saúde que não podemos ignorar, principalmente em Pediatria. De facto, a especificidade, e vulnerabilidade desta população, bem como o facto incontornável de os fármacos utilizados serem formulados e direcionados à população adulta, leva à necessidade constante de prescrições individualizadas, baseadas no peso e consequentes cálculos de dosagem para preparação e administração de medicação.

Neste sentido, é fundamental a existência, não só de recursos especializados em cuidados pediátricos, mas também de materiais de referência pediátricos atualizados e de fácil acesso, que permitam a preparação e administração de medicação de uma forma segura e responsável.

Assim, considero a construção e existência destas tabelas de extrema importância para a equipa de enfermagem da UCERN, possibilitando assim a sensibilização e transmissão de conhecimentos que permitam uma prestação de cuidados segura e, essencialmente, promotora de saúde.

Referências Bibliográficas

- Anjos, R., Bandeira, T. & Marques, J. (2004). *Formulário de Pediatria*. (3ª Edição). Lisboa: Revista Actualizada.
- Thomson Reuters (2011). *Neofax*. Montvale: Thomson Reuters.

Apêndice XXVI - Plano da Sessão de Formação “Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria”

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

Estágio Final

**Plano da Sessão “*Estratégias para Prevenir Erros de Medicação em
Pediatria*”**

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório*, 3º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer numa primeira fase na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN), do [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED].

Lisboa, 1 de Outubro de 2018

Plano da Sessão

1. **Projecto:** Identificação e Implementação de Estratégias para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria
2. **Tema:** “Erro de Medicação em Pediatria”
3. **Local:** Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN), do [REDACTED]
[REDACTED]
4. **População Alvo:** Equipa Multidisciplinar do Departamento de Pediatria do [REDACTED]
5. **Objectivos:**
 - Promover a identificação de Estratégias para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria;
 - Promover uma cultura de segurança para o doente pediátrico, nomeadamente Recém-Nascido de termo/pré-termo.

Plano da Sessão

	Conteúdos	Métodos Pedagógicos	Materiais de apoio Pedagógicos	Tempo Previsto	Avaliação da Sessão
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação e Enquadramento do tema; • Nota Introdutória. 	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p>		5 min.	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Segurança do Doente • Erro de Medicação • Erro de Medicação em Pediatria • Principais Estratégias para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria • Propostas para a UCERN 	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Demonstrativo</p>	Computador	20 min.	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da temática e principais pontos abordados; • Avaliação da Sessão. 	Expositivo		10 min.	Entrega de questionário de avaliação da Sessão aos participantes

Apêndice XXVII – Sessão de Formação “Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria”

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA PREVENIR OS ERROS DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA

Docente: Professora Doutora Margarida Lourenço

Orientadora: Enf.ª [REDACTED]

Discente: Joana Filipa Ferreira Santos, n.º 192017052

[REDACTED] 1 de Outubro de 2018

SUMÁRIO

- Nota Introdutória
- Segurança do Doente
- Erro de Medicação
- Erro de Medicação em Pediatria
- Principais Estratégias para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria
- Propostas para a UCERN
- Conclusão
- Bibliografia

NOTA INTRODUTÓRIA

Apesar de décadas de investigação sobre implementação de medidas de segurança, ainda não foram identificadas soluções sustentáveis para prevenir os erros de administração de medicação. Torna-se, portanto, vital identificar quais as estratégias que permitam uma abordagem efetiva com vista à prevenção de erros de medicação em Pediatria.

Objectivo: Identificar as principais estratégias que são utilizadas para prevenir os erros de medicação em Pediatria.

3

SEGURANÇA DO DOENTE

Peça fundamental e prioritária nas organizações prestadoras de cuidados de saúde, desde a publicação do conceituado “To Err is Human” em 1999.



4

SEGURANÇA DO DOENTE

Os Erros de medicação são considerados o tipo mais comum de erro médico.

The Joint Commission (2008)



5

ERRO DE MEDICAÇÃO

“Qualquer evento evitável que pode causar ou conduzir ao uso inadequado de medicação ou dano para o doente enquanto a medicação está sob o controlo do profissional de saúde, doente ou consumidor. Tais eventos podem estar relacionados com a **prática profissional**, com **produtos para cuidados de saúde, procedimentos e sistemas**, incluindo **prescrição, comunicação da prescrição; rotulagem do produto, embalagem e nomenclatura; composição, dispensa, administração educação, monitorização e utilização.**”

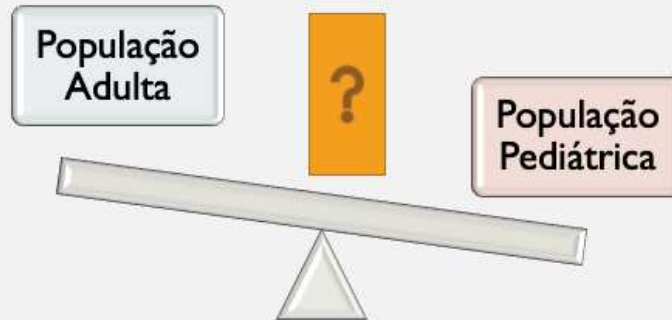
Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde (2011)

6

ERRO DE MEDICAÇÃO

"(...) não é resultado da ação de um indivíduo, mas de uma cadeia de eventos acionada por um sistema mal elaborado".

Belela, Pedreira e Peterlini (2011)



7

ERRO DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA

Os erros de medicação, com potencial para causar dano, são **três vezes mais prováveis em doentes pediátricos hospitalizados** do que em adultos.

Kaushal *et al.* (2001) citado por Koumpagioti, Varounis, Kietsiou, Nteli e Matziou (2014);

Belela, Pedreira e Peterlini (2011)

8

ERRO DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA FATORES CONTRIBUINTE:



The Joint Commission (2008); Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Saia (2016)

9

ERRO DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA FATORES CONTRIBUINTE:

“Aproximadamente 75% dos medicamentos prescritos em pediatria não foram adequadamente estudados nesta população”.

O QUE OBRIGA A...

- Cálculos sofisticados
- Re-diluição
- Manipulação excessiva
- Administração de doses muito fracionadas

Belela, Pedreira e Peterlini (2011)

10

ERRO DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA FATORES CONTRIBUINTES:

A maioria dos erros de medicação em crianças ocorrem nas etapas de **prescrição** e **administração** de medicamentos.

Kaushal *et al.* (2001) e Miller, Robinson, Lubomski, Rinke e Pronovost (2007)
citado por Koumpagioti, Varounis, Kletsiou, Nteli e Matziou (2014)

26.9% dos erros em doentes pediátricos, estão associados à **fase de administração** de medicação.

Keers *et al.* (2013) citado por Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015)

É particularmente comum, e com elevado risco associado, a **prescrição ou administração de uma dose dez vezes superior ou inferior** à adequada para a idade e peso da criança.

Lesar, Mitchell e Sommo (2006) citado por Belela, Pedreira e Peterlini (2011)

11

ERRO DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA FATORES CONTRIBUINTES:

A melhor forma de entender e prevenir os erros de medicação é considerar a sua etiologia e classificação, uma vez que existem múltiplos fatores na raiz do problema, nomeadamente a **organização; procedimentos; condições de trabalho e fatores humanos** relacionados aos profissionais de saúde.

Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala (2016)

- Falhas de comunicação entre os pais das crianças e os profissionais de saúde;
- Sobrecarga de trabalho dos enfermeiros;
- Falta de adesão às políticas e *Guidelines* institucionais;
- Interrupções;
- Falta de experiência dos enfermeiros;
- Formação insuficiente dada pela instituição aos enfermeiros.

12

Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015)

ERRO DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA: FATORES CONTRIBUENTES

Assim, é sugerido às organizações prestadoras de cuidados de saúde, como futuras soluções para prevenir os erros de medicação, terem em consideração :

- Os rácios de profissionais;
- Nível de competências dos profissionais;
- O stress e a carga de trabalho associada à prestação de cuidados;
- Implementar políticas e diretrizes adequadas;
- Garantir formação e suporte educacional contínuo;
- Garantir o acesso a tecnologia de apoio.

Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015); Campino, Santesteban, Pascual, Sordo, Arranz, Unceta e Lopez-de-Heredia (2015); Belela, Pedreira e Peterlini (2011); Wegner (2012) citado por Volpatto, Wegner, Gerhardt, Pedro, Cruz e Bandeira (2017)

13

ERRO DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA: FATORES CONTRIBUENTES

NO ENTANTO...

Embora exista consenso sobre os fatores que contribuem para os erros, continuam a existir falhas na identificação de soluções sustentáveis para a prevenção dos erros de medicação.

Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015)

14

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR OS ERROS DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA

Estratégias	Dupla confirmação	Formação	Sistema de Prescrição informático	Sistema código de Barras	Sistema de dose unitária	Integração de farmacêuticos nos serviços de Pediatria	Sistema de notificação de eventos adversos	Protocolos Hospitalares	Aplicação para dispositivos móveis
Estudos									
Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015)	x	x	x	x					
Rogers, Sebastian, Cotton, Pippin e Merandi (2016)			x						
Wimmer, Neubert e Wolfgang (2015)		x	x	x	x	x	x	x	
Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala (2016)		x	x	x					
Campino, Santesteban, Pascual, Sordo, Arranz, Unceta e Lopez-de-Heredia (2016)		x						x	
Neuspiel e Taylor (2013)		x	x	x		x	x	x	
Siebert, J. et al. (2017)									x
Hardmeier, Tsourounis, Moore, Abbott e Guglielmo (2014)				x					
Prot-Labarthe, Weil, Angoulvant, Boukdedid, Alberti, e Bourdon (2014)			x						
Campino, et al. (2016)								x	
Mazakant, et al. (2015)	x		x	x		x			
Total	2	5	7	6	1	3	2	4	1

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR OS ERROS DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA

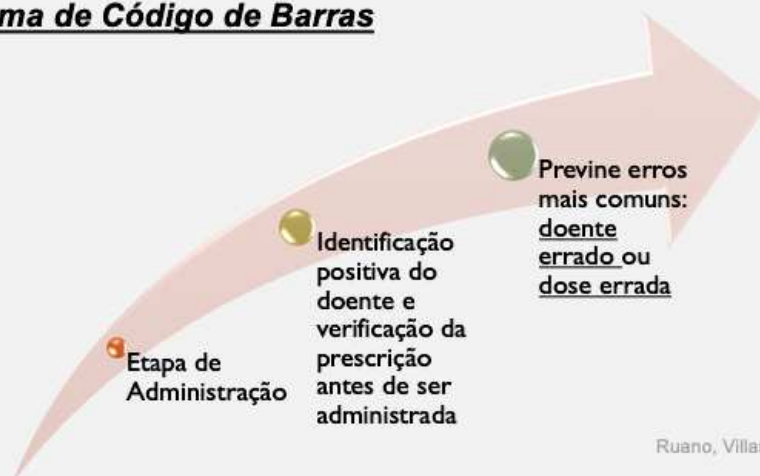
Sistema de Prescrição Informático



Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala (2016)

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR OS ERROS DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA

Sistema de Código de Barras



Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Saia (2016)

17

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR OS ERROS DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA

Pediatric Accurate Medication in Emergency Situations (PedAMINES)

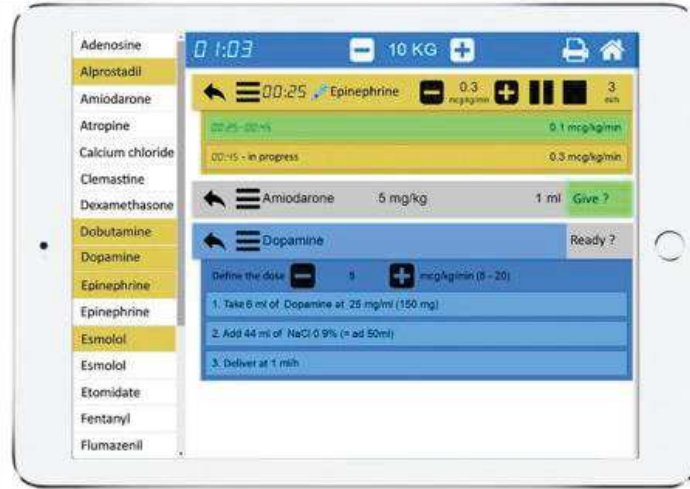
- Estudo experimental, com enfermeiros de um serviço de urgência pediátrica;
- Implementação da aplicação para telemóveis PedAMINES;
- Objectivo: orientar os enfermeiros passo a passo, desde a etapa de preparação até à administração de medicação;
- Os erros de medicação foram reduzidos de 70% para 0%;
- Reduziu drasticamente o tempo de preparação e administração, bem como a taxa de erros de medicação.

Siebert, J. *et al.* (2017)

18

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR OS ERROS DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA

Pediatric Accurate Medication in Emergency Situations (PedAMINES)



Siebert, J. et al. (2017) 19

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR OS ERROS DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA

NeoMate



20

PROPOSTAS PARA A UCERN

➤ Elaboração de Proposta de Orientação Técnica



23

CONCLUSÃO



24

BIBLIOGRAFIA

- Alomari, A., Wilson, V., Davidson, P. & Lewis, J. (2015). Families, nurses and organisations contributing factors to medication administration error in paediatrics: a literature review. *International Practice Development Journal*, 5(1), 1-14.
- Bannan, D. & Tully, M. (2016). Bundle interventions used to reduce prescribing and administration errors in hospitalized children: a systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 41, 246-255.
- Belela, A., Pedreira, M. & Peterlini, M. (2011). Erros de medicação em Pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 563-569.
- Campino, A., Santesteban, E., Pascual, P., Sordo, B., Arranz, C., Unceta, M. & Lopez-de-Heredia, I. (2016). Strategies implementation to reduce medicine preparation error rate in neonatal intensive care units. *European Journal of Pediatrics*, 175, 755-765.
- Campino *et al.* (2016). Medicine preparation **errors** in ten Spanish neonatal intensive care units. *European Journal of Pediatrics*, 175, 203-210.
- Corrigan, J., Donaldson, M., Kohn, L., McKay, T. & Pike, K. (1999). To Err is Human: Building a Safer Health System. *National Academy Press*, 1-8.
- Direção-Geral de Saúde. (2011). *Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa, Portugal.
- Hardmeier, A., Tsourounis, C., Moore, M., Abbott, W. & Guglielmo, J. (2014). **Pediatric medication** administration **errors** and workflow following implementation of a bar code **medication** administration system. *Journal for Healthcare Quality*, 36(4), 54-63.
- Koumpagioti, D., Varounis, C., Kietsiou, E., Nteli, C. & Matziou. (2014). Evaluation of the medication process in pediatric patients: a meta-analysis. *Jornal de Pediatria*, 90(4), 344-355.

25

BIBLIOGRAFIA

- Maaskant, J. *et al.* (2015). Interventions for reducing medication errors in children in hospital (Review). The Cochrane Library, 1-63.
- Neuspiel, D. & Taylor, M. (2013). Reducing the Risk of Harm From Medication Errors in Children. *Health Services Insights*, 6, 47-59.
- Prot-Labarthe, S., Weil, T., Angoulvant, F., Boukheid, R., Alberti, C. & Bourdon, O. (2014). POPI (Pediatrics: Omission of Prescriptions and Inappropriate Prescriptions): Development of a Tool to Identify Inappropriate Prescribing. *Plos one*, 9(6), 9-10.
- Rogers, J., Sebastian, S., Cotton, W., Pippin, C. & Merandi, J. (2016). Reduction of immunization errors through practitioner education and addition of age-specific alerts in the electronic prescribing system. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 73(3), 74-79.
- Ruano, M., Villamañán, E., Pérez, E., Herrero, A. & Álvarez-Sala, R. (2016). New Technologies as a strategy to decrease medication errors: how do they affect adults and children differently? *World Journal of Pediatrics*, 12(1), 28-34.
- Siebert, J. *et al.* (2017). A Mobile Device App to Reduce Time to Drug Delivery and Medication Errors During Simulated Pediatric Cardiopulmonary Resuscitation: A Randomized Controlled Trial. *Journal Of Medical Internet Research*, 19(2). Consultado a 19 de Setembro de 2018. Medline with full text. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=12&sid=7f0f8b7b-fe37-4916bbcc3be81e80cbd8%40sessionmgr4010&bdata=Jmxhbm9cHQYnlmZlZT1laG9zdC1saXZl#AN=28148473&db=mdc>
- The Joint Commission (2008). *Sentinel event alert: preventing pediatric medication errors*. Recuperado de: [http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_39.htm?print=yes\[9/20/2010 11:54:27 AM\]](http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_39.htm?print=yes[9/20/2010 11:54:27 AM])
- Volpatto, B., Wegner, W., Gerhardt, L., Pedro, E., Cruz, S. & Bandeira, L. (2017). Erros de Medicação em Pediatria e Estratégias de Prevenção: Revisão Integrativa. *Cogitare Enferm.* 22(1), 1-14.
- Wimmer, S., Neubert, A. & Wolfgang, R. (2015). The Safety of Drug Therapy in Children. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112, 781-787.

26

Apêndice XXVIII - Tratamento de dados da Sessão de Formação
“Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria”

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

Estágio Final

Tratamento de Dados do Questionário de Avaliação da Sessão

“Estratégias para Prevenir Erros de Medicação em Pediatria”

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório*, 3º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer numa primeira fase na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN), do [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED].

Lisboa, 1 de Outubro de 2018

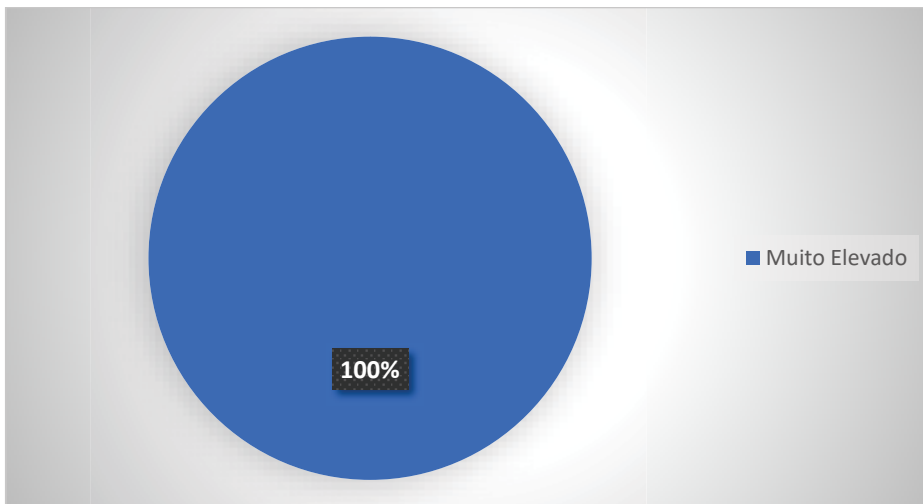
Escala de avaliação

Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

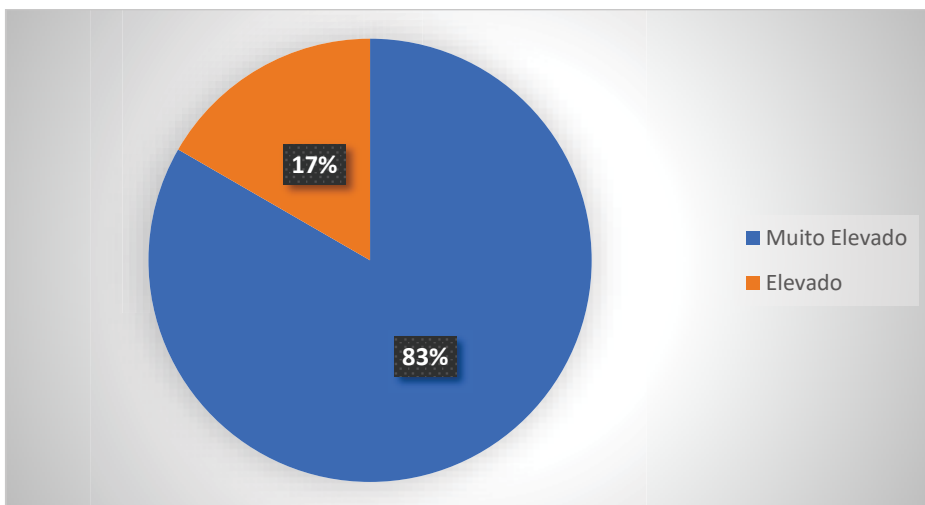
n = 6 participantes

1. Ação de formação em geral

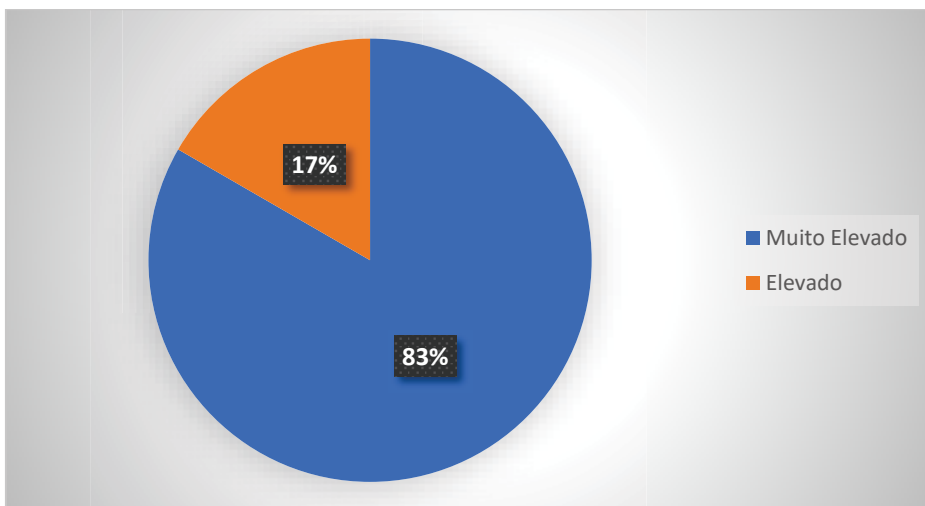
a) Importância e utilidade do tema da ação na realização das suas atividades



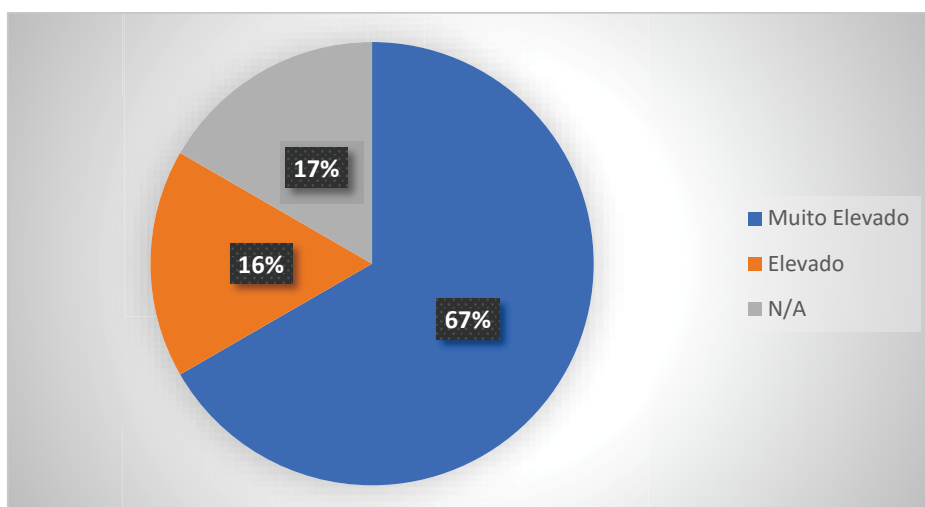
b) Adequação da duração da ação



c) Efectividade das metodologias de aprendizagem utilizadas

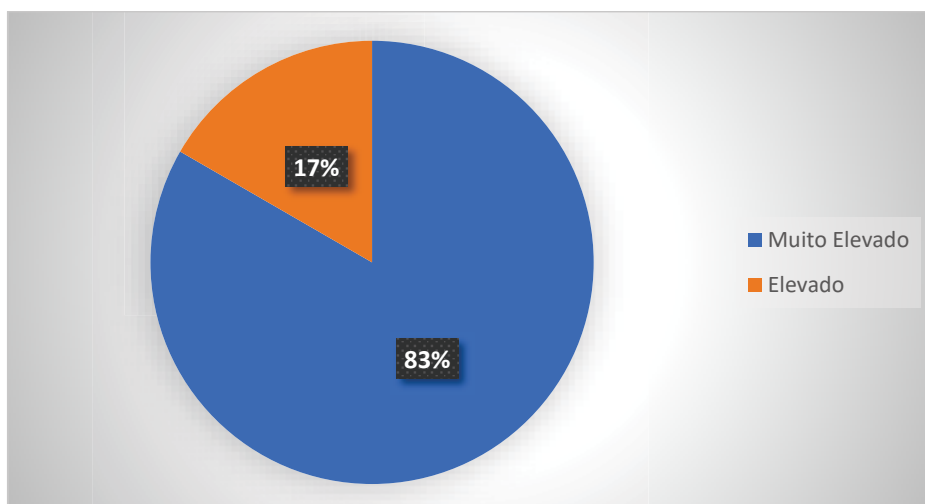


d) Qualidade da ação relativamente às melhores ações já frequentadas

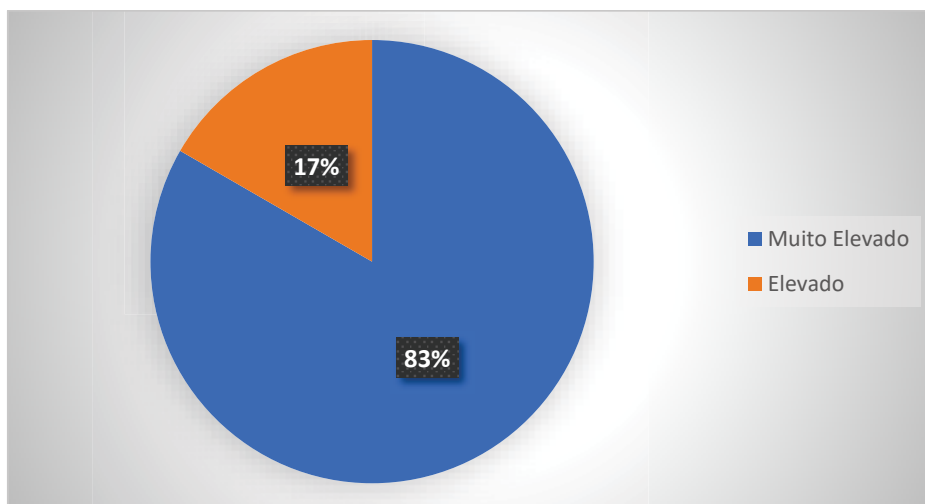


2. Conteúdo da ação de formação

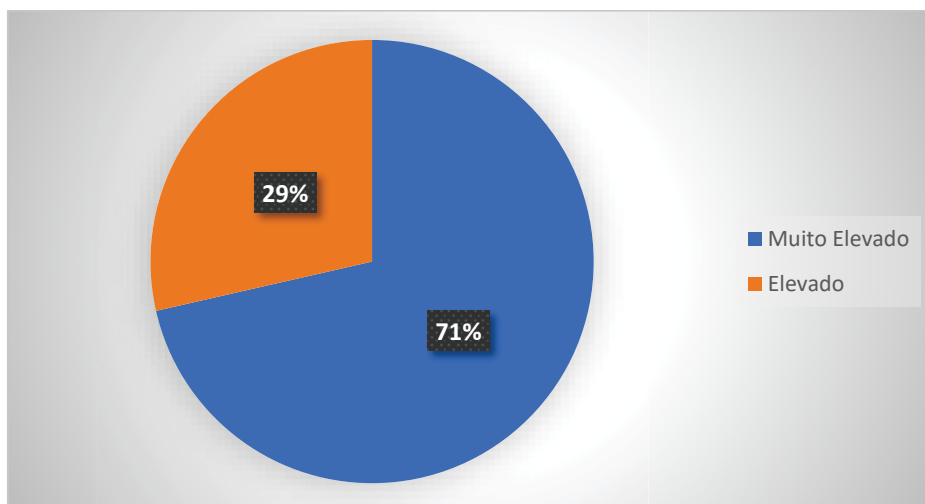
a) Conformidade do conteúdo com o seu nível de conhecimento atual



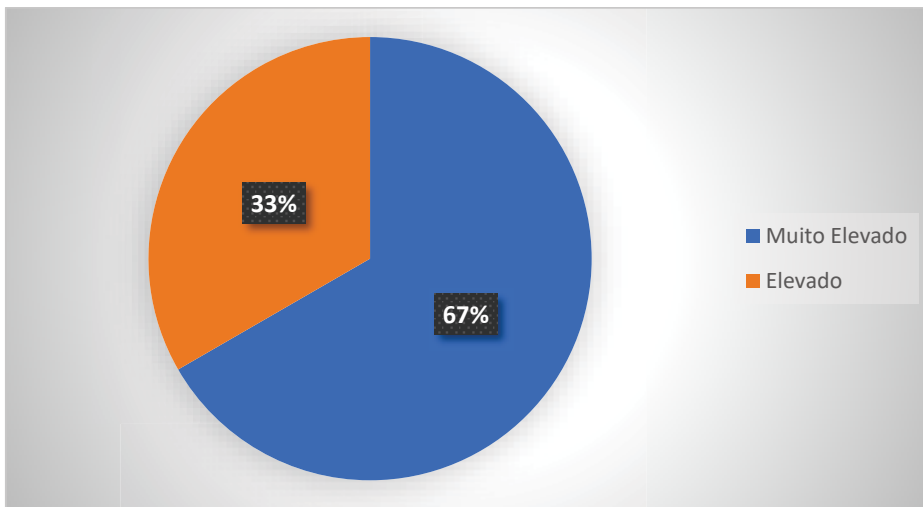
b) Qualidade da abordagem ao tema (p.ex., estruturação e nível de profundidade apropriados)



c) Efectividade da abordagem para alcançar os objectivos delineados

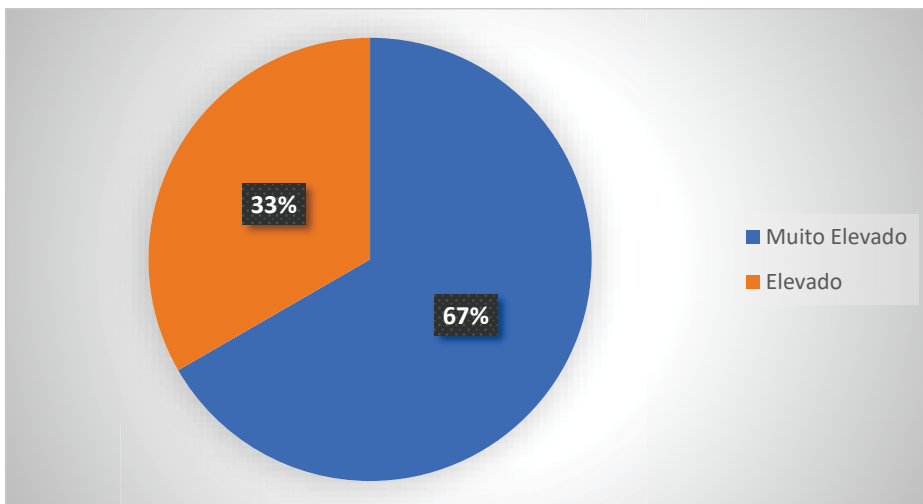


d) Utilidade e organização dos materiais de apoio pedagógico utilizados e distribuídos

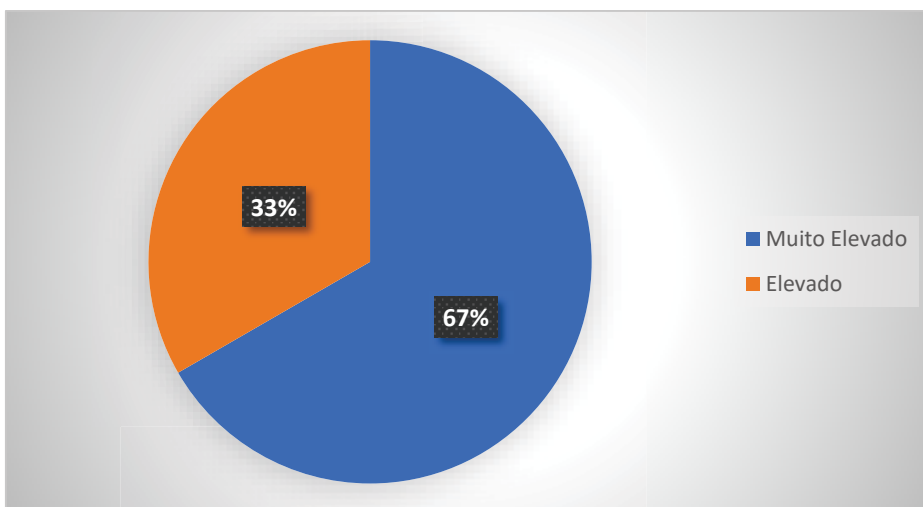


3. Organização e logística

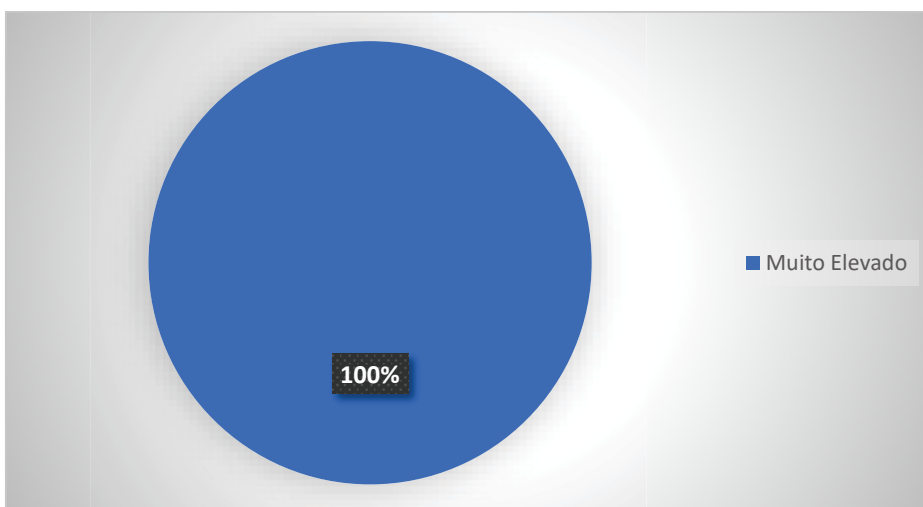
a) Eficiência do apoio prestado pela equipa responsável



b) Conforto e luminosidade das instalações onde decorreu a ação

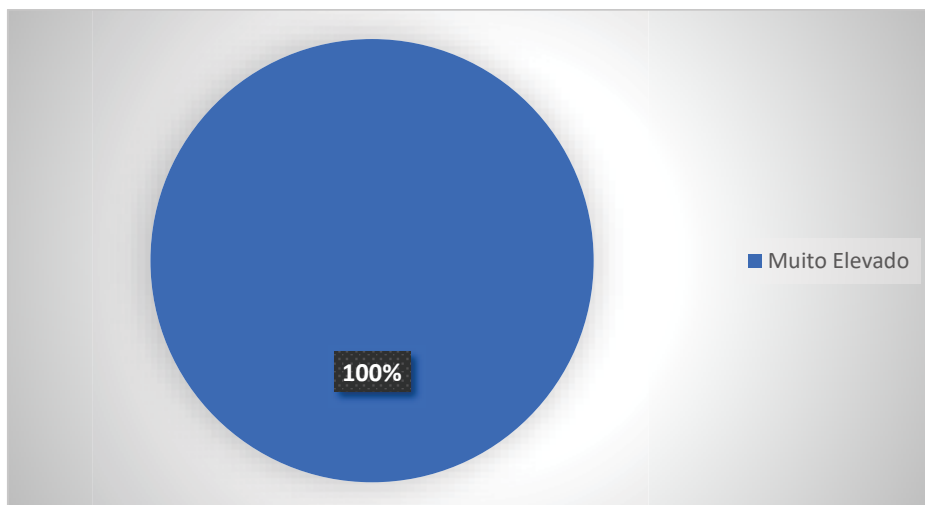


c) Qualidade de funcionamento dos equipamentos de suporte pedagógico

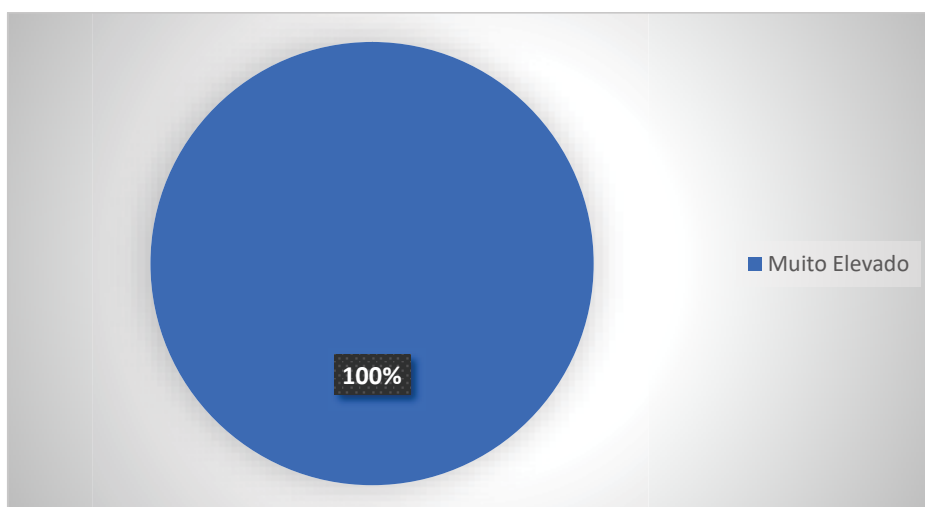


4. Formadores

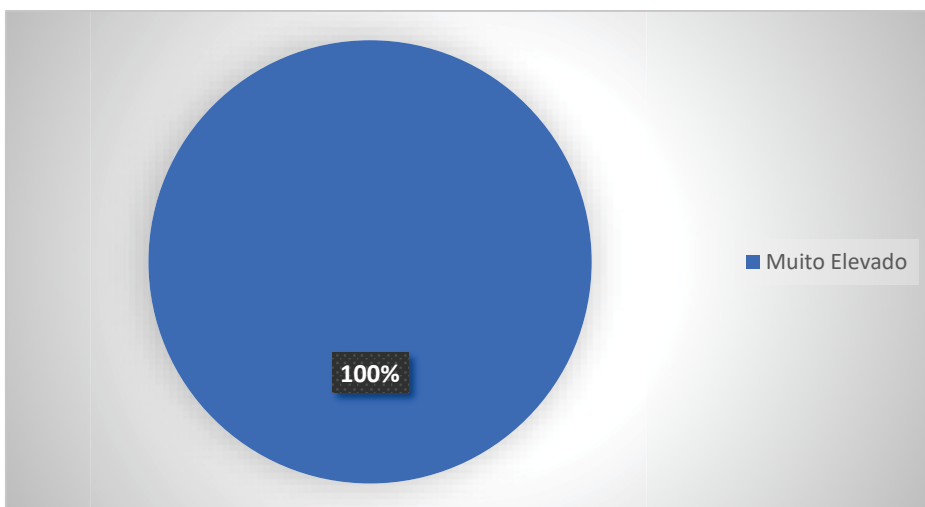
a) Definição inicial dos objectivos



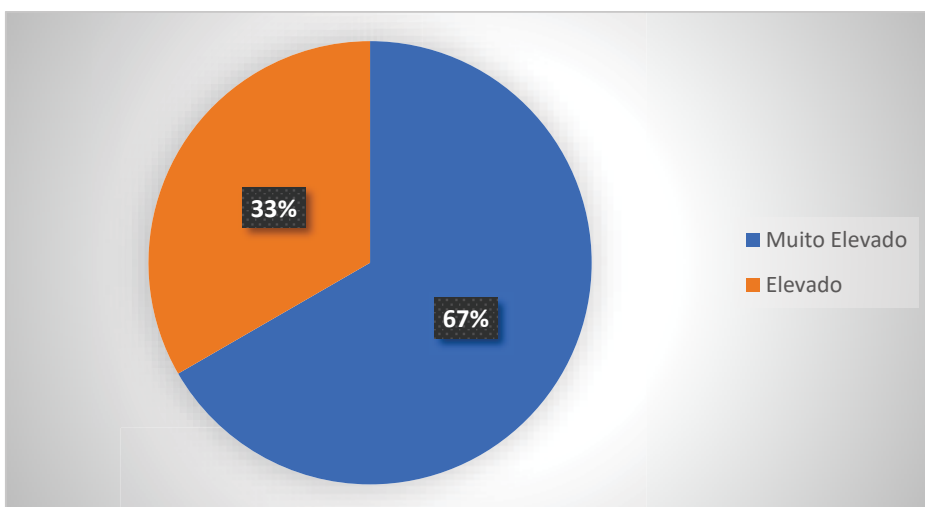
b) Domínio demonstrado do tema



c) Exposição clara e precisa do conteúdo



d) Motivação e incentivo à participação



Pontos fortes:

- Ser concisa e objectiva.
- Domínio do tem; Interesse pela temática;
- Adequação do tema à prática no local de trabalho;
- Pertinência do tema; Clareza do discurso.

Pontos a melhorar/sugestões:

Sem respostas

Apêndice XXIX – Guião de entrevista à Sr.^a Enfermeira Chefe Unidade
Cuidados Intermédios Pediátricos

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

Estágio Final

**Guião da entrevista à Sr.^a Enfermeira Chefe da Unidade Cuidados
Intermédios Pediátricos**

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório*, 3º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer numa segunda fase na Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, do Hospital [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED].

Lisboa, 15 de Outubro de 2018

Guião de Entrevista à Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência
Pediátrica e Cuidados Intermédios Pediátricos, [REDACTED]

1. Apresentação e explicação do Projecto de Estágio
2. Exposição dos Objectivos a atingir durante o Estágio na Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos do [REDACTED]
3. Questões orientadoras:
 - 3.1 Desde quando pertence ao grupo de Gestão do Risco Hospitalar?
 - 3.2 Considera a temática relacionada com o Erro de Medicação prioritária em Pediatria?
 - 3.3 Na unidade, qual a incidência de notificações no Sistema de relato de incidentes “HER+” relacionadas com o erro de medicação?
 - 3.4 Dentro da equipa multidisciplinar, quem notifica mais?
 - 3.5 Das notificações relacionadas com o erro de medicação, que medidas têm sido implementadas na unidade?
 - 3.6 Quais as medidas que poderiam ser implementadas que ainda não foram?
 - 3.7 Uma das principais medidas preventivas para o erro de medicação, presente na evidência científica, é a formação contínua dos Profissionais de Saúde, concorda?

Apêndice XXX – Transcrição e tratamento dos dados da entrevista à Sr.^a
Enfermeira Chefe Unidade Cuidados Intermédios Pediátricos

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

Estágio Final

**Transcrição e tratamento dos dados da entrevista à Sr.ª Enfermeira
Chefe da Unidade Cuidados Intermédios Pediátricos**

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório*, 3º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer numa segunda fase na Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, do Hospital [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED].

Lisboa, 15 de Outubro de 2018

Guião de Entrevista à Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência
Pediátrica e Cuidados Intermédios Pediátricos, do [REDACTED]

1. **Apresentação e explicação do Projecto de Estágio;**
2. **Exposição dos Objectivos a atingir durante o Estágio na Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos do Hospital Beatriz Ângelo;**
3. **Questões orientadoras:**

3.1 Desde quando pertence ao grupo de Gestão do Risco Hospitalar?

Desde o início da criação do gabinete de gestão de risco no [REDACTED] HBA.

3.2 Considera a temática relacionada com o Erro de Medicação prioritária em Pediatria?

Sim, visto que a medicação não está formulada para a pediatria e que são necessários vários cálculos e diluições que podem conduzir ao erro.

3.3 Na unidade, qual a incidência de notificações no Sistema de relato de incidentes “HER+” relacionadas com o erro de medicação?

Neste momento só tenho acesso aos dados desde 2015 até ao 2º trimestre de 2018.

Em 2015 tivemos 1 notificação; 2016 – 3; 2017 – 2 e até ao 2º trimestre de 2018 1 notificação.

3.4 Dentro da equipa multidisciplinar, quem notifica mais?

Os enfermeiros. Os AAM também vão notificando em relação à alimentação das crianças.

3.5 Das notificações relacionadas com o erro de medicação, que medidas têm sido implementadas na unidade?

Formação em serviço e discussão dos casos em reunião de passagem de turno. Nunca num sentido punitivo mas sempre no sentido de aprendermos todos com o erro em questão.

3.6 Quais as medidas que poderiam ser implementadas que ainda não foram?

Apesar de já terem sido implementadas penso que nunca é demais a formação. É necessário anualmente reciclagem sobre segurança do medicamento. Poderíamos implementar uma auditoria à dupla confirmação. É também fundamental a elaboração de um documento que justificasse a importância da aquisição de seringas para administrações entéricas.

3.7 Uma das principais medidas preventivas para o erro de medicação, presente na evidência científica, é a formação contínua dos Profissionais de Saúde, concorda?

Claro que concordo. A formação é essencial para a segurança do doente e para a qualidade dos cuidados prestados.

Apêndice XXXI – Guião de Auditoria à realização de Dupla Confirmação nas Etapas de Preparação e Administração de Medicação em Pediatria

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

Estágio Final

**Guião de Auditoria à realização de Dupla Confirmação nas Etapas de
Preparação e Administração de Medicação em Pediatria**

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório*, 3º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer numa segunda fase na Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, do Hospital [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED].

Lisboa, 18 de Outubro de 2018

Justificação da Auditoria

É evidente que a ocorrência de erros na administração de medicação é uma realidade nos cuidados de saúde que não podemos ignorar, sendo de conhecimento geral que o erro “(...) não é resultado da ação de um indivíduo, mas de uma cadeia de eventos acionada por um sistema mal elaborado” (Belela, Pedreira e Peterlini, 2011).

Segundo a The Joint Commission (2008) os erros de medicação são considerados o tipo mais comum de erro médico. Contudo, apesar dos riscos elevados de ocorrência de erros de medicação na população pediátrica, poucos estudos estimam a sua incidência nesta faixa etária (Belela, Pedreira e Peterlini, 2011).

É consensual que os erros de medicação têm o potencial de causar danos tanto na população pediátrica, como na adulta. No entanto, o facto é que a população pediátrica está mais exposta a estes erros devido a cálculos de dosagem baseados em peso, dosagem fracionada, e necessidade de pontos decimais (The Joint Commission, 2008; Koumpagioti, Varounis, Kletsiou, Nteli e Matziou, 2014; Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala, 2016). Os estudos alertam ainda para o facto de os erros de medicação, com potencial para causar dano, serem três vezes mais prováveis em pacientes pediátricos hospitalizados do que em adultos (Kaushal *et al.*, 2001 citado por Koumpagioti, Varounis, Kletsiou, Nteli e Matziou, 2014; Belela, Pedreira e Peterlini, 2011).

A The Joint Commission apresenta um conjunto de características que evidenciam as razões pelas quais a população pediátrica se torna mais vulnerável e propícia à ocorrência de erros de medicação, nomeadamente: o facto de a maioria dos fármacos utilizados na prestação de cuidados a crianças ser formulada e embalada principalmente para adultos, levando à necessidade de alterar a dosagem original da medicação, e proceder a uma série de cálculos, aumentando assim significativamente a possibilidade de erro; a maioria das configurações de cuidados de saúde é construída principalmente em torno das necessidades dos adultos, sendo que muitos ambientes carecem de recursos humanos especializados em cuidados pediátricos, protocolos de cuidados pediátricos, e / ou materiais de referência pediátricos atualizados e de fácil acesso, especialmente no que se refere a medicamentos; as crianças - especialmente crianças pequenas e doentes – têm menos capacidade de tolerar fisiologicamente um erro de medicação devido à imaturidade das funções renais, imunológicas e hepáticas; e finalmente o facto de este ser um grupo populacional,

principalmente as crianças mais pequenas, que não consegue comunicar de forma eficaz de forma a alertar quaisquer efeitos adversos que os medicamentos possam estar a causar (The Joint Commission, 2008). Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala (2016) corroboram com as razões apresentadas pela The Joint Commission e acrescentam ainda o facto de os sistemas de prescrição eletrónica serem programados para adultos e demonstrarem serem pouco eficazes na deteção de erros de medicação.

Acrescentando dados a este conjunto de características propícias à ocorrência de erro, fontes confirmam que “Aproximadamente 75% dos medicamentos prescritos em pediatria não foram adequadamente estudados nesta população” (Belela, Pedreira e Peterlini, 2011). Os mesmos autores reforçam que a maioria dos fármacos de uso parental não são disponibilizados pela indústria farmacêutica com apresentação pediátrica. Assim, os profissionais de saúde vêm-se sujeitos a ter que realizar cálculos sofisticados, rediluição, manipulação excessiva e administração de doses muito fracionadas, o que predispõe à ocorrência de falhas (Belela, Pedreira e Peterlini, 2011).

Koumpagioti, Varounis, Kletsiou, Nteli e Matziou (2014) citam Kaushal *et al.* (2001) e Miller, Robinson, Lubomski, Rinke e Pronovost (2007), dando conhecimento que a maioria dos erros de medicação em crianças ocorrem nas etapas de prescrição e administração de medicamentos.

Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015) alertam para o facto de embora exista consenso sobre os fatores que contribuem para os erros, continuam a existir falhas na identificação de soluções sustentáveis para a prevenção do erro de medicação.

Assim, enquanto enfermeiros, tendo um papel ativo nas etapas de preparação e administração da medicação, temos a obrigação de participar ativamente na implementação e identificação de novas estratégias, que permitam promover a segurança do doente, nomeadamente em idade pediátrica. Neste sentido, uma das estratégias adotadas pela equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, consiste na Dupla Confirmação nas etapas de preparação e administração de medicação. No entanto, dada a reestruturação da equipa, foi considerado crucial a implementação de auditorias aos elementos da Equipa de Enfermagem, com o objectivo de validar se esta medida estratégica continua a ser corretamente implementada ou não.

Guião de Auditoria

1. Evidência da identificação positiva da criança/jovem

Objectivo: Certificar-se que é obtida e consultada a etiqueta identificação da criança/jovem (nome, data de nascimento, número do processo), permitindo a confrontação com a prescrição médica em Processo Clínico Electrónico.

Sim: É obtida e consultada a etiqueta identificação da criança/jovem (nome, data de nascimento, número do processo), permitindo a confrontação com a prescrição médica em Processo Clínico Electrónico.

Não: Não é obtida a etiqueta identificação da criança/jovem (nome, data de nascimento, número do processo), não havendo confrontação com a prescrição médica em Processo Clínico Electrónico.

2. Evidência da prescrição em Processo Clínico Electrónico

Objectivo: Certificar-se que a prescrição de medicação endovenosa foi validada em Processo Clínico Electrónico com segundo Enfermeiro, separadamente, verificando: identificação positiva da criança/jovem; medicação prescrita; horário de administração; dosagem; via de administração.

Sim: A prescrição de medicação endovenosa foi validada em Processo Clínico Electrónico com segundo Enfermeiro, separadamente, verificando: identificação positiva da criança/jovem; medicação prescrita; horário de administração; dosagem; via de administração.

Não: A prescrição de medicação endovenosa não foi validada em Processo Clínico Electrónico com segundo Enfermeiro, ou não foi realizada separadamente, não existindo dupla confirmação de: identificação positiva da criança/jovem; medicação prescrita; horário de administração; dosagem; via de administração.

3. Evidência de que não existem dúvidas na prescrição

Objectivo: Certificar-se que não se avança para a fase de preparação de medicação caso exista alguma dúvida na prescrição, e nesse caso é contactado o médico prescriptor.

Sim: Avança-se para a fase de preparação de medicação porque não existem dúvidas na prescrição.

Não: Avança-se para a fase de preparação de medicação apesar de existirem dúvidas na prescrição.

4. Evidência da seleção da medicação prescrita

Objectivo: Certificar-se que foi seleccionada a medicação prescrita, lendo o “rótulo” da embalagem e sua apresentação, prazo de validade e condições de conservação e armazenamento, por dois enfermeiros.

Sim: Foi seleccionada a medicação prescrita, lendo o “rótulo” da embalagem e sua apresentação, prazo de validade e condições de conservação e armazenamento, por dois enfermeiros.

Não: Não foi seleccionada a medicação prescrita, ou não houve confirmação de algum dos seguintes elementos por dois enfermeiros: leitura do “rótulo” da embalagem e sua apresentação, prazo de validade e condições de conservação e armazenamento.

5. Evidência da dose prescrita, diluição, ritmo de infusão e via de administração

Objectivo: Certificar-se que foi realizada dupla confirmação, com segundo enfermeiro, da dose prescrita, diluição, ritmo de infusão e via de administração, separadamente, e só depois é confrontado o resultado dos cálculos.

Sim: Foi realizada dupla confirmação, com segundo enfermeiro, da dose prescrita, diluição, ritmo de infusão e via de administração, em separado.

Não: Não foi realizada dupla confirmação, com segundo enfermeiro, de algum dos seguintes elementos: dose prescrita, diluição, ritmo de infusão e via de administração.

6. Evidência de distinção na preparação de medicação

Objetivo: Certificar-se que a medicação é preparada individualmente para cada criança/jovem, e um fármaco de cada vez.

Sim: A medicação é preparada individualmente para cada criança/jovem, e um fármaco de cada vez.

Não: É preparada medicação para várias(os) crianças/jovens em simultâneo, ou vários fármacos em simultâneo.

7. Evidência de que a preparação da medicação é efetuada pelo enfermeiro que a vai administrar

Objetivo: Certificar-se que a preparação da medicação é efetuada pelo enfermeiro que a vai administrar.

Sim: A preparação da medicação é efetuada pelo enfermeiro que a vai administrar.

Não: A preparação da medicação não é efetuada pelo enfermeiro que a vai administrar.

8. Evidência de preenchimento da etiqueta de identificação da medicação

Objetivo: Certificar-se que é preenchida a etiqueta de identificação correta da medicação com: identificação positiva da criança/jovem (nome; data de nascimento; NP); nome do medicamento; dosagem exata preparada; tipo e quantidade de solvente utilizado; data e hora; estabilidade da medicação; em caso de perfusão, acrescentar o ritmo de perfusão e tempo de duração; assinatura e número mecanográfico dos dois enfermeiros que realizaram a dupla confirmação.

Sim: É preenchida a etiqueta de identificação correta da medicação com: identificação positiva da criança/jovem (nome; data de nascimento; NP); nome do medicamento; dosagem exata preparada; tipo e quantidade de solvente utilizado; data e hora; estabilidade da medicação; em caso de perfusão, acrescentar o ritmo de perfusão e tempo de duração; assinatura e número mecanográfico dos dois enfermeiros que realizaram a dupla confirmação.

Não: Não foi preenchida a etiqueta, ou não foi preenchida a etiqueta correta, ou tinha em falta algum dos seguintes elementos:

identificação positiva da criança/jovem (nome; data de nascimento; NP); nome do medicamento; dosagem exata preparada; tipo e quantidade de solvente utilizado; data e hora; em caso de perfusão, acrescentar o ritmo de perfusão e tempo de duração; assinatura e número mecanográfico dos dois enfermeiros que realizaram a dupla confirmação.

Nota: etiqueta amarela (Apenas para Eletrólitos Concentrados, adicionados ao soro de infusão); etiqueta azul (restantes medicamentos, adicionados ao soro de infusão).

9. Evidência na fase de administração de medicação

Objectivo: Certificar-se que na fase de administração de medicação, dois enfermeiros confirmam: doente certo (confrontar etiqueta de identificação positiva, com pulseira da criança/jovem); medicamento certo; medicamento adequado à patologia; hora certa; dose certa; via de administração certa; perfusões em ritmo certo; ensino certo.

Sim: Na fase de administração de medicação, dois enfermeiros confirmam: doente certo (confrontar etiqueta de identificação positiva, com pulseira da criança/jovem); medicamento certo; medicamento adequado à patologia; hora certa; dose certa; via de administração certa; perfusões em ritmo certo; ensino certo.

Não: Na fase de administração de medicação, os seguintes elementos não foram confirmados por dois enfermeiros, ou esteve em falta confirmar algum dos seguintes: doente certo (confrontar etiqueta de identificação positiva, com pulseira da

criança/jovem); medicamento certo; medicamento adequado à patologia; hora certa; dose certa; via de administração certa; perfusões em ritmo certo; ensino certo.

10. Evidência de programação das bombas perfusoras

Objectivo: Certificar-se que na medicação administrada em perfusão, a bomba perfusora é programada com o volume a ser administrado e o ritmo de perfusão, por dois enfermeiros.

Sim: Na medicação administrada em perfusão, a bomba perfusora é programada com o volume a ser administrado e o ritmo de perfusão, por dois enfermeiros.

Não: Na medicação administrada em perfusão, a bomba perfusora não é programada: por dois enfermeiros; e/ou com o volume a ser administrado; e/ou com o ritmo de perfusão.

N.A.: Em medicação que não é administrada em perfusão/através de bombas perfusoras.

11. Evidência da validação da administração no Processo Clínico Electrónico

Objectivo: Certificar-se que é validada a medicação administrada no Processo Clínico Electrónico, assinando em observações com o Nome e N^o mecanográfico do Enfermeiro que realizou a dupla confirmação.

Sim: É validada a medicação administrada no Processo Clínico Electrónico, assinando em observações com o Nome e N^o mecanográfico do Enfermeiro que realizou a dupla confirmação.

Não: Não é validada a medicação administrada no Processo Clínico Electrónico, não havendo assinatura em observações com o Nome e N^o mecanográfico do Enfermeiro que realizou a dupla confirmação.

N.A.: Em medicação que não é possível validar a sua administração no Processo Clínico Electrónico, por exemplo, Soros, Nutrição Parentérica Total, entre outros.

Identificação da Auditoria	
Serviço	
Auditado por	Auditado em
Assinatura	Data: ____ / ____ /201____
N.º Mec:	Hora: h mn

Tipologia e Resultados da Auditoria	
Tipologia	N.º Controlo
Dupla Confirmação da Medicação em Pediatria	
Critérios	Resultado
Doente internado na Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos	

Auditoria	Sim	Não	N.A.
1. Identificação positiva da criança/jovem			
2. Prescrição em Processo Clínico Electrónico			
3. Sem dúvidas na prescrição			
4. Seleção da medicação prescrita			
5. Dose prescrita, diluição, ritmo de infusão e via de administração			
6. Distinção na preparação de medicação			

7. Preparação da medicação é efetuada pelo enfermeiro que a vai administrar			
8. Preenchimento da etiqueta de identificação da medicação			
9. Administração da medicação			
10. Programação de bombas perfusoras			
11. Validação da administração no Processo Clínico Electrónico			

Referências Bibliográficas

- Alomari, A., Wilson, V., Davidson, P. & Lewis, J. (2015). Families, nurses and organisations contributing factors to medication administration error in paediatrics: a literature review. *International Practice Development Journal*, 5(1), 1-14.
- Belela, A., Pedreira, M. & Peterlini, M. (2011). Erros de medicação em Pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 563-569.
- Campino, A., Santesteban, E., Pascual, P., Sordo, B., Arranz, C., Unceta, M. & Lopez-de-Heredia, I. (2015). Strategies implementation to reduce medicine preparation error rate in neonatal intensive care units. *European Journal of Pediatrics*, 175, 755-765.
- Direção-Geral de Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa, Portugal.
- Koumpagioti, D., Varounis, C., Kletsiou, E., Nteli, C. & Matziou. (2014). Evaluation of the medication process in pediatric patients: a meta-analysis. *Jornal de Pediatria*, 90(4), 344-355.
- Joint Commission International (2017). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*. (7ª edição). Estados Unidos da América: Joint Commission International.
- Ruano, M., Villamañán, E., Pérez, E., Herrero, A. & Álvarez-Sala, R. (2016). New Technologies as a strategy to decrease medication errors: how do they affect adults and children differently? *World Journal of Pediatrics*, 12(1), 28-34.
- The Joint Commission (2008). *Sentinel event alert: preventing pediatric medication errors*. Recuperado de: http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_39.htm?print=yes[9/20/2010 11:54:27 AM]

Apêndice XXXII – Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs - Auditorias à Equipa de Enfermagem

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

Estágio Final

Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs

Auditorias à Equipa de Enfermagem

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório*, 3º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer numa segunda fase na Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, do Hospital [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED].

Lisboa, 31 de Outubro de 2018

1- Descrição - O que aconteceu?

A segunda fase do Estágio Final e Relatório, do 3º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, encontra-se a decorrer na Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, do Hospital [REDACTED]. Tendo em consideração os objetivos do estágio e o curto período de tempo que existe para definir, planear e implementar atividades, realizei uma entrevista semi-estruturada à Sr.ª Enfermeira Chefe, responsável pelo Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, que referiu que uma das necessidades de intervenção que considera prioritária na equipa, consiste na solidificação da estratégia de dupla confirmação realizada pelos enfermeiros na fase de preparação e administração de medicação, com o objectivo de prevenir os erros de medicação. A Sr.ª Enfermeira destacou a importância da dupla confirmação, especialmente na medicação endovenosa, querendo numa primeira fase apenas cingir-se a esta via de administração de medicação. A Sr.ª Enfermeira, assume a formação da equipa de enfermagem como peça fundamental na sua gestão, referindo que, apesar de a equipa de Enfermagem estar desperta para a importância da formação e ser bastante participativa na mesma, o facto de recentemente ter havido uma reestruturação da equipa, com a chegada de vários elementos novos, faz com que seja crucial reforçar a importância da estratégia de dupla confirmação já implementada anteriormente, através de uma nova formação à equipa.

A par com a realização da formação à equipa de enfermagem, no decorrer da entrevista, a Sr.ª Enfermeira sugeriu a criação de um documento que permitisse auditar os enfermeiros nas etapas de preparação e administração de medicação endovenosa, de forma a justificar a formação e, também para ter uma percepção mais clara das etapas em que existem falhas na estratégia de dupla confirmação. Neste sentido, o objectivo da Sr.ª Enfermeira Chefe, seria realizar auditorias à equipa, de seguida realizar a formação sobre Estratégias para Prevenir os Erros de Administração de Medicação em Pediatria, reforçando a importância da Dupla Confirmação e finalmente, auditar novamente a equipa de forma a verificar a eficácia da formação na equipa de enfermagem.

Aceitando a sugestão da Sr.ª Enfermeira, inicialmente comecei por realizar pesquisa e consulta de documentação relacionada com Auditorias realizadas no departamento de Pediatria já existentes no Hospital, e de seguida procedi à criação de um documento de Auditoria, sobre a dupla confirmação nas etapas de preparação e administração de

medicação. Apresentei o documento à Sr.^a Enfermeira Orientadora e à Sr.^a Enf. Chefe, e após correção de algumas alterações que sugeriram, procedi à execução de Auditorias à equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, sobre a dupla confirmação nas etapas de preparação e administração de medicação endovenosa.

No início das auditorias, a primeira dificuldade com que me deparei foi a estruturação e justa aplicação da grelha de avaliação, e nesse sentido, procedi novamente à reformulação do documento. Depois de reformulado, recomecei as auditorias, sendo que a principal limitação foi o facto de serem restritas a medicação endovenosa, o que fez com que o volume de auditorias fosse muito baixo, não só pela pouca medicação endovenosa prescrita, mas também pela limitação do curto período de tempo de estágio existente para realizar as actividades propostas. No decorrer das auditorias, foi também possível comprovar que a equipa de enfermagem não se encontrava desperta para todas as etapas da dupla confirmação, acabando apenas por se verificar em algumas das etapas previstas, e neste sentido, no tratamento de dados os resultados não iriam ser favoráveis.

No dia 30 de Outubro, foi realizada uma reunião com a Sr.^a Enfermeira Chefe, a Enfermeira Orientadora, e com a Sr.^a Enfermeira Coordenadora do Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente. Nesta reunião tive a possibilidade de apresentar o documento que elaborei para a realização das auditorias, e a Sr.^a Enfermeira Chefe. reforçou que é de extrema importância a continuação desta atividade após o final do estágio. A Sr.^a Enfermeira Coordenadora do Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente, concordou, mostrando-se recetiva. No final da reunião, e em discussão com a Sr.^a Enfermeira Orientadora, acerca das auditorias e conseqüentes limitações, decidimos não continuar com as mesmas, ficando finalizado o documento e entregue à Sr.^a Enfermeira Chefe e à Sr.^a Enfermeira Coordenadora do Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente. No total foram realizadas cinco auditorias.

2 – Pensamentos e Sentimentos - O que estou a pensar e a sentir?

Quando a atividade das auditorias me foi proposta, considerei bastante interessante e pertinente para o meu projeto de estágio e, consecutivamente para a elaboração do meu relatório final. No entanto, após iniciar as auditorias e verificar que os colegas não estavam despertos para todas as etapas da dupla confirmação, acabando apenas por se verificar em algumas das etapas previstas, considerei que o mais justo e correto seria numa fase inicial formar toda a equipa e então depois, numa fase posterior realizar as auditorias.

3 – Avaliação - O que foi bom e mau nesta experiência?

Esta experiência foi bastante positiva, pois enquanto responsável da formação no meu local de trabalho, sempre considerei a formação fundamental para o desenvolvimento dos enfermeiros, e esta experiência, permitiu-me reforçar mais uma vez esta premissa. Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015) referem que as organizações devem implementar políticas e diretrizes adequadas, nomeadamente ao nível da formação e suporte educacional contínuo, bem como o acesso a tecnologia de apoio. Esta premissa é corroborada por Belela, Pedreira e Peterlini (2011) e por Volpato, Wegner, Gerhardt, Pedro, Cruz e Bandeira (2017) citando Wegner (2012) referindo que quando o profissional percebe o que é um evento adverso, as suas causas e as suas consequências, torna-se mais fácil admitir que o erro é possível e pode estar presente na prestação de cuidados, e esta percepção é o primeiro passo para a prevenção.

A par com a criação de protocolos, importa também existir uma política organizacional que dê destaque à formação contínua dos profissionais, promovendo a constante atualização e consolidação de conhecimentos, garantindo a excelência de cuidados que promovam a segurança do doente pediátrico, seja qual for o contexto.

4 – Análise - Que sentido(s) posso encontrar no que se passou?

Considero que este tipo de experiências são fundamentais na construção do meu percurso profissional, nomeadamente enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, permitindo-me adquirir competências tão específicas e particulares da área da Saúde da Criança e do Jovem.

Enquanto enfermeiros, independentemente do contexto em que nos encontremos a prestar cuidados, somos confrontados com a necessidade adaptação constante, obrigando-nos a redefinirmo-nos e a atualizarmo-nos a uma velocidade considerável.

5 – Conclusão – O que fiz/não fiz e que mais poderia ter feito?

Após ter decidido com a Sr.^a Enfermeira Orientadora a suspensão das auditorias, procedi à realização de três sessões de formação à Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, sobre Estratégias para Prevenir os Erros de Administração de Medicação em Pediatria, reforçando a importância da Dupla Confirmação, promovendo

assim, a uniformização da prestação de cuidados, bem como uma cultura de segurança para o doente pediátrico

6 – Planear a acção – o que irei fazer de futuro e/ou que contributos para o meu desenvolvimento profissional futuro...

Finalmente, gostaria aqui deixar referência aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, sendo este um instrumento que tem o objectivo de servir como “(...) referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e apoie os processos de melhoria contínua da qualidade.” (Regulamento n.º 351/22 de junho, 2015, p.16660):

5.6 — A Organização dos Cuidados de Enfermagem

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, constituindo -se como elementos importantes:

- A existência de uma política de formação contínua dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade;

(Regulamento n.º 351/22 de junho, 2015)

Referências Bibliográficas

- Alomari, A., Wilson, V., Davidson, P. & Lewis, J. (2015). Families, nurses and organisations contributing factors to medication administration error in paediatrics: a literature review. *International Practice Development Journal*, 5(1), 1-14.
- Belela, A., Pedreira, M. & Peterlini, M. (2011). Erros de medicação em Pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 563-569.
- Regulamento n.º 351/22 de junho. (2015). *Diário da República n.º 119, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Volpato, B., Wegner, W., Gerhardt, L., Pedro, E., Cruz, S. & Bandeira, L. (2017). Erros de Medicação em Pediatria e Estratégias de Prevenção: Revisão Integrativa. *Cogitare Enferm.* 22(1),1-14.

Apêndice XXXIII – Plano da Sessão de Formação “Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria – Dupla Confirmação”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

Estágio Final

**Plano da Sessão de Formação “*Estratégias para Prevenir Erros de
Medicação em Pediatria – Dupla Confirmação*”**

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório*, 3º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer numa segunda fase na Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, do Hospital [REDACTED] sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED]

Lisboa, 5 6 e 13 de Novembro de 2018

Plano da Sessão

1. **Projecto:** Identificação e Implementação de Estratégias para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria – Dupla Confirmação;
2. **Tema:** “Erro de Medicação em Pediatria”
3. **Local:** Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, do Hospital [REDACTED]
[REDACTED]
4. **População Alvo:** Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, do Hospital [REDACTED]
5. **Objectivos:**
 - Promover a identificação de Estratégias para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria;
 - Consolidar conhecimentos sobre a estratégia de Dupla Confirmação;
 - Promover uma cultura de segurança de cuidados para o doente pediátrico, nomeadamente na preparação e administração de medicação.

Plano da Sessão

	Conteúdos	Métodos Pedagógicos	Materiais de apoio Pedagógicos	Tempo Previsto	Avaliação da Sessão
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação e Enquadramento do tema; • Nota Introdutória. 	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p>		5 min.	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Segurança do Doente • Erro de Medicação • Erro de Medicação em Pediatria • Principais Estratégias para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria • Dupla confirmação 	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Demonstrativo</p>	Videoprojector or Computador	20 min.	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da temática e principais pontos abordados; • Avaliação da Sessão. 	Expositivo		10 min.	Entrega de questionário de avaliação da Sessão aos participantes

Apêndice XXXIV – Sessão de Formação “Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria – Dupla Confirmação”

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA PREVENIR OS ERROS DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA – DUPLA CONFIRMAÇÃO

Docente: Professora Doutora Margarida Lourenço

Orientadora: Enf.ª [REDACTED]

Discente: Joana Filipa Ferreira Santos, n.º 192017052

[REDACTED] 5 de Novembro de 2018

SUMÁRIO

- Objectivos
- Nota Introdutória
- Segurança do Doente
- Erro de Medicação
- Erro de Medicação em Pediatria
- Principais Estratégias para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria
- Dupla Confirmação
- Conclusão
- Bibliografia

OBJECTIVOS

- Promover a identificação de Estratégias para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria;
- Consolidar conhecimentos sobre a estratégia de Dupla Confirmação;
- Promover uma cultura de segurança de cuidados para o doente pediátrico, nomeadamente na preparação e administração de medicação.

3

NOTA INTRODUTÓRIA

Apesar de décadas de investigação sobre implementação de medidas de segurança, ainda não foram identificadas soluções sustentáveis para prevenir os erros de administração de medicação. Torna-se, portanto, vital identificar quais as estratégias que permitam uma abordagem efetiva com vista à prevenção de erros de medicação em Pediatria.

4

SEGURANÇA DO DOENTE

Peça fundamental e prioritária nas organizações prestadoras de cuidados de saúde, desde a publicação do conceituado “To Err is Human” em 1999.



5

SEGURANÇA DO DOENTE

Os Erros de medicação são considerados o tipo mais comum de erro médico.

The Joint Commission (2008)



6

ERRO DE MEDICAÇÃO

“Qualquer evento evitável que pode causar ou conduzir ao uso inadequado de medicação ou dano para o doente enquanto a medicação está sob o controlo do profissional de saúde, doente ou consumidor. Tais eventos podem estar relacionados com a **prática profissional**, com **produtos para cuidados de saúde**, **procedimentos e sistemas**, incluindo **prescrição, comunicação da prescrição; rotulagem do produto, embalagem e nomenclatura; composição, dispensa, administração educação, monitorização e utilização.**”

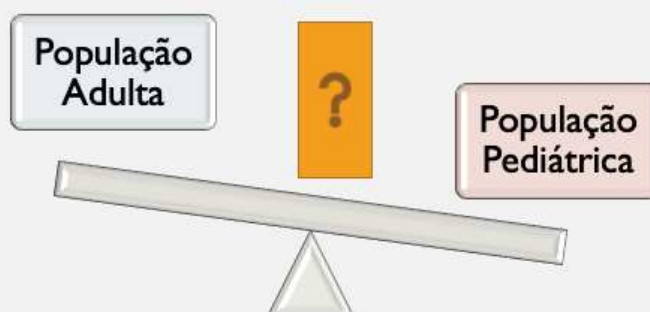
Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde (2011)

7

ERRO DE MEDICAÇÃO

“(…) não é resultado da ação de um indivíduo, mas de uma cadeia de eventos acionada por um sistema mal elaborado”.

Belela, Pedreira e Peterlini (2011)



8

ERRO DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA

Os erros de medicação, com potencial para causar dano, são **três vezes mais prováveis em doentes pediátricos hospitalizados** do que em adultos.

Kaushal *et al.* (2001) citado por Koumpagioti, Varounis, Kietsiou, Nteli e Matziou (2014);
Belela, Pedreira e Peterlini (2011)

9

ERRO DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA FATORES CONTRIBUINTE:



The Joint Commission (2008); Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala (2016)

10

ERRO DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA FATORES CONTRIBUINTE:

“Aproximadamente 75% dos medicamentos prescritos em pediatria não foram adequadamente estudados nesta população”.

O QUE OBRIGA A...

- Cálculos sofisticados
- Re-diluição
- Manipulação excessiva
- Administração de doses muito fracionadas

Belela, Pedreira e Peterlini (2011)

11

ERRO DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA FATORES CONTRIBUINTE:

A maioria dos erros de medicação em crianças ocorrem nas etapas de **prescrição** e **administração** de medicamentos.

Kaushal *et al.* (2001) e Miller, Robinson, Lubomski, Rinke e Pronovost (2007)
citado por Koumpagioti, Varounis, Kletsou, Nteli e Matziou (2014)

26.9% dos erros em doentes pediátricos, estão associados à **fase de administração** de medicação.

Keers *et al.* (2013) citado por Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015)

É particularmente comum, e com elevado risco associado, a **prescrição ou administração de uma dose dez vezes superior ou inferior** à adequada para a idade e peso da criança.

Lesar, Mitchell e Sommo (2006) citado por Belela, Pedreira e Peterlini (2011)

12

ERRO DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA FATORES CONTRIBUENTES:

A melhor forma de entender e prevenir os erros de medicação é considerar a sua etiologia e classificação, uma vez que existem múltiplos fatores na raiz do problema, nomeadamente a **organização; procedimentos; condições de trabalho e fatores humanos** relacionados aos profissionais de saúde.

Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala (2016)

- Falhas de comunicação entre os pais das crianças e os profissionais de saúde;
- Sobrecarga de trabalho dos enfermeiros;
- Falta de adesão às políticas e *Guidelines* institucionais;
- Interrupções;
- Falta de experiência dos enfermeiros;
- Formação insuficiente dada pela instituição aos enfermeiros.

13

Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015)

ERRO DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA: FATORES CONTRIBUENTES

Assim, é sugerido às organizações prestadoras de cuidados de saúde, como futuras soluções para prevenir os erros de medicação, terem em consideração :

- Os rácios de profissionais;
- Nível de competências dos profissionais;
- O stress e a carga de trabalho associada à prestação de cuidados;
- Implementar políticas e diretrizes adequadas;
- Garantir formação e suporte educacional contínuo;
- Garantir o acesso a tecnologia de apoio.

Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015); Campino, Santesteban, Pascual, Sordo, Arranz, Unceta e Lopez-de-Heredia (2015); Belela, Pedreira e Peterlini (2011); Wegner (2012) citado por Volpatto, Wegner, Gerhardt, Pedro, Cruz e Bandeira (2017)

14

ERRO DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA: FATORES CONTRIBUINTE

NO ENTANTO...

Embora exista consenso sobre os fatores que contribuem para os erros, continuam a existir falhas na identificação de soluções sustentáveis para a prevenção dos erros de medicação.

Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015)

15

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR OS ERROS DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA

Estratégias	Dupla confirmação	Formação	Sistema de Prescrição informático	Sistema código de Barras	Sistema de dose unitária	Integração de farmacêuticos nos serviços de Pediatria	Sistema de notificação de eventos adversos	Protocolos Hospitalares	Aplicação para dispositivos móveis
Estudos									
Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015)	x	x	x	x					
Rogers, Sebastian, Cotton, Pippin e Merandi (2016)			x						
Wimmer, Neubert e Wolfgang (2015)		x	x	x	x	x	x	x	
Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala (2016)		x	x	x					
Campino, Santesteban, Pascual, Sordo, Arranz, Unceta e Lopez-de-Heredia (2016).		x						x	
Neuspiel e Taylor (2013)		x	x	x		x	x	x	
Siebert, J. et al. (2017)									x
Hardmeier, Tsourounis, Moore, Abbott e Guglielmo (2014)				x					
Prot-Labarthe, Weil, Angoulvant, Boukheid, Alberti, e Bourdon (2014)			x						
Campino, et al. (2016).								x	
Maaskant, et al. (2015)	x		x	x		x			
Total	2	5	7	6	1	3	2	4	1

16

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR OS ERROS DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA

Sistema de Prescrição Informático

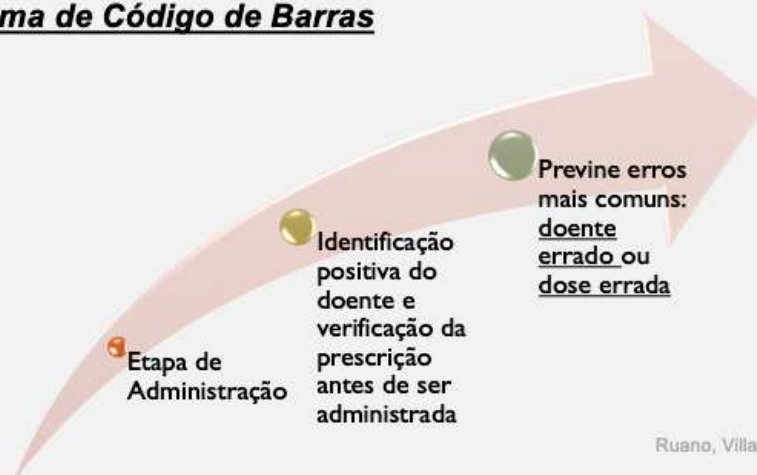


Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Saia (2016)

17

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR OS ERROS DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA

Sistema de Código de Barras



Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Saia (2016)

18

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR OS ERROS DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA

Pediatric Accurate Medication in Emergency Situations (PedAMINES)

- Estudo experimental, com enfermeiros de um serviço de urgência pediátrica;
- Implementação da aplicação para telemóveis PedAMINES;
- Objectivo: orientar os enfermeiros passo a passo, desde a etapa de preparação até à administração de medicação;
- Os erros de medicação foram reduzidos de 70% para 0%;
- Reduziu drasticamente o tempo de preparação e administração, bem como a taxa de erros de medicação.

Siebert, J. *et al.* (2017)

19

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR OS ERROS DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA

Pediatric Accurate Medication in Emergency Situations (PedAMINES)

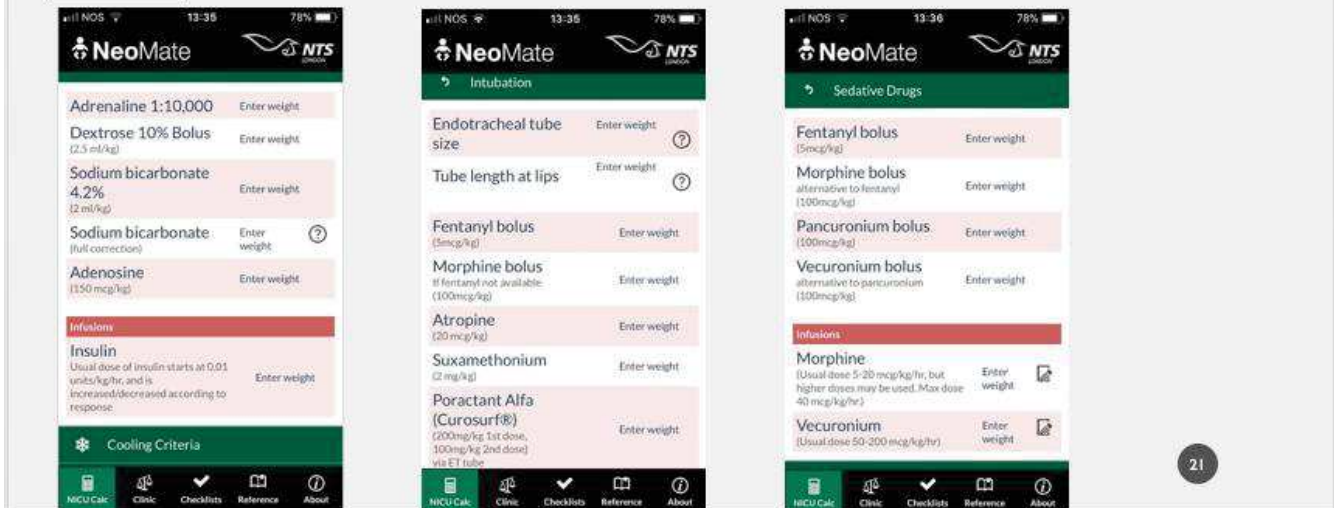


Siebert, J. *et al.* (2017)

20

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR OS ERROS DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA

NeoMate



DUPLA CONFIRMAÇÃO

A dupla confirmação por dois enfermeiros é uma intervenção usada em muitos hospitais do Reino Unido para prevenir ou reduzir erros na administração de medicamentos. No entanto, não existem evidências suficientes que apoiem ou refutem a dupla confirmação como medida efetiva que permita a redução do risco de erro de medicação.

Alsulami, Choonara e Conroy, (2014)

Não significa que a dupla confirmação seja ineficaz mas simplesmente que a sua eficácia ainda não foi comprovada.

São necessários mais estudos que comprovem a eficácia da dupla confirmação.

Alsulami, Choonara e Conroy, (2012)

22

DUPLA CONFIRMAÇÃO

Entre as várias unidades e serviços existem opiniões e práticas diferentes sobre o que é a Dupla Confirmação de Medicação.

Table 3 What is double checked in UK centres?

What is double checked?	Number of respondents (n=105)
Child's identity	90
Dose	89
Calculation	87
Prescription	86
Drug preparation	83
Child's weight	80
Administration	72

Conroy, Davar e Jones (2012)



O processo de Dupla Confirmação deve ser **definido** e rigorosamente seguido.

Conroy, Davar e Jones (2012)

Conroy, Davar e Jones (2012)

23

DUPLA CONFIRMAÇÃO

ANTES DA PREPARAÇÃO DE MEDICAÇÃO

1. Antes de iniciar a preparação da medicação:
 1. Obter etiqueta de identificação da criança/jovem, permitindo a confrontação com a prescrição médica em Processo Clínico Electrónico.
 2. Consultar a prescrição médica no Processo Clínico Electrónico verificando:
 1. identificação positiva da criança/jovem;
 2. medicação prescrita;
 3. horário de administração;
 4. via de administração;
 3. Realizar dupla confirmação da prescrição com segundo enfermeiro, separadamente.
 4. Não avançar para a fase de preparação da medicação caso exista alguma dúvida na prescrição. Nesse caso contactar médico prescriptor.

24

DUPLA CONFIRMAÇÃO

FASE DE PREPARAÇÃO DE MEDICAÇÃO

1. Realizar a preparação da medicação na sala de trabalho com porta fechada ou local resguardado;
2. **Quando existirem interrupções voltar ao início da tarefa;**
3. Providenciar a medicação prescrita lendo o "rótulo" da embalagem e sua apresentação, prazo de validade e condições de conservação e armazenamento;
4. Realizar dupla confirmação, com segundo enfermeiro, da dose prescrita, diluição, ritmo de infusão e via de administração;
5. Seguir as indicações para reconstituição/diluição/concentração;
6. Realizar cálculos de dosagem/reconstituição/diluição/concentração por dois enfermeiros, separadamente;
8. Não exceder diluições recomendadas;
9. Não preparar medicação para várias crianças/jovens em simultâneo;
10. Não transportar medicação para administração parentérica e entérica em simultâneo;
11. Preparar a medicação imediatamente antes da sua administração;

25

DUPLA CONFIRMAÇÃO

FASE DE PREPARAÇÃO DE MEDICAÇÃO (cont.)

12. Preenchimento de etiqueta para identificação da medicação com (ver exemplo):
 1. identificação positiva da criança/jovem (nome; data de nascimento; NP);
 2. nome do medicamento;
 3. dosagem exata preparada;
 4. tipo e quantidade de solvente utilizado;
 5. data e hora;
 6. em caso de perfusão, acrescentar o ritmo de perfusão e tempo de duração;
 7. assinatura e número mecanográfico dos dois enfermeiros que realizaram a dupla confirmação.
13. Após a preparação, a medicação deve ser transportada imediatamente até à unidade da criança/jovem em tabuleiro próprio;
14. Nenhum medicamento de alto risco deve ser administrado caso a criança não tenha sido pesada, a menos que seja uma emergência;

Em caso de dúvida de preparação, consultar Serviços Farmacêuticos do Hospital [REDACTED] 75; site INFOMED (<http://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php>).

26

DUPLA CONFIRMAÇÃO

FASE DE PREPARAÇÃO DE MEDICAÇÃO (cont.)

Preenchido na totalidade, incluindo a "Estabilidade após adição do medicamento ___ horas"

MEDICAMENTO ADICIONADO AO SORO DE INFUSÃO	
MEDICAMENTO	ADICIONADO POR
DOSE	
DATA	HORA
Estabilidade após adição do medicamento: ___ horas	

RÓTULO AZUL
RESTANTES MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO ADICIONADO AO SORO DE INFUSÃO	
MEDICAMENTO	ADICIONADO POR
DOSE	
DATA	HORA
Estabilidade após adição do medicamento: ___ horas	



RÓTULO AMARELO
SÓ ELETRÓLITOS CONCENTRADOS

MEDICAMENTO ADICIONADO AO SORO DE INFUSÃO	
MEDICAMENTO	ADICIONADO POR
DOSE	
DATA	HORA
Estabilidade após adição do medicamento: ___ horas	

Handwritten example: MEDICAMENTO: KCl 75mg/100ml; DOSE: 30mEq; DATA: 01/05/2016; HORA: 12h40; ADICIONADO POR: [signature];

27

DUPLA CONFIRMAÇÃO

FASE DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO

1. A administração da medicação deve respeitar:
 1. Doente certo (confrontar etiqueta de identificação positiva, com pulseira do doente);
 2. Medicamento certo;
 3. Medicamento adequado à patologia;
 4. Hora certa;
 5. Dose certa;
 6. Via de administração certa;
 7. Perfusões no ritmo certo;
2. Conhecer as incompatibilidades medicamentosas e lavar as vias entre as administrações;
3. Respeitar as concentrações recomendadas e tempos indicados de administração;
4. Em caso de medicação administrada em perfusão:
 1. Programar a bomba perfusora com o volume a ser administrado e ritmo de perfusão;
 2. Iniciar perfusão ou administrar medicação endovenosa preparada na presença do enfermeiro que efetuou dupla confirmação;

28

DUPLA CONFIRMAÇÃO

FASE DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO (cont.)

7. Examinar regularmente as perfusões endovenosas em perfusão contínua, identificando precocemente qualquer alteração da cor, cristalização ou qualquer outro sinal de interação;
8. Durante e após a administração de qualquer terapêutica, a criança/jovem deve ser vigiada, despistando precocemente qualquer tipo de alteração hemodinâmica/física/alérgica e iatrogénica;
9. Caso seja detetada alguma alteração relacionada com a administração de medicação, o enfermeiro deve:
 1. Suspender de imediato a perfusão;
 2. Comunicar ao Médico;
 3. Monitorizar e vigiar a criança/jovem;
 4. Providenciar os cuidados necessários para minimizar o dano e salvaguardar a segurança da criança/jovem;
 5. Proceder aos registos de enfermagem no Processo Clínico Electrónico;
 6. Notificar o evento adverso no Sistema de Notificação "HER+".

29

DUPLA CONFIRMAÇÃO

FASE DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO (cont.)

12. Realizar ensinamentos sobre a medicação para a criança/jovem, e pais/responsáveis, incluindo informações sobre possíveis efeitos secundários;
13. Pedir aos pais/responsáveis, ou caso possível, à criança/jovem para repetir a sua compreensão do medicamento e como ele deve ser administrado;
14. Incentivar os pais/responsáveis a expressarem dúvidas e fazerem perguntas sobre medicação.
15. Validar a administração da medicação no Processo Clínico Electrónico, assinando em observações com o Nome e Nº mecanográfico do Enfermeiro que realizou a dupla confirmação (ver exemplo).

Exemplo:

The screenshot shows a medication administration interface. At the top, there is a text box with the following text: "Cicleta do potássio 75 mg/ml Sol inj Fr 10 ml IV (30 meq) IV @42ml/h (10ml). Perf. Contínua. Instruções Diluções em 1000cc SFA correr em 24h; Diluções em 1000cc SFA e correr em 24h;". Below this, there is a table with columns: "Tempo de Latência", "Efectivo", "Taxa", and "Perfusão". The "Tempo de Latência" column shows "02:06 10:43". The "Efectivo" column shows "00:05:20:16" and "12:40". The "Taxa" column shows "mL/hr". The "Perfusão" column shows "Admin" and "Dupla confirmação Erf Celia1455". To the right of the table, it says "Administrações 1 - 1 de 1". Below the table, there is a red button with the text "NOME e Nº MEC."

30

CONCLUSÃO



31

BIBLIOGRAFIA

- Alomar, A., Wilson, V., Davidson, P. & Lewis, J. (2015). Families, nurses and organisations contributing factors to medication administration error in paediatrics: a literature review. *International Practice Development Journal*, 5(1), 1-14.
- Alsulami, Z., Choonara, I. & Conroy, S. (2014). Paediatric nurses' adherence to the double-checking process during medication administration in a children's hospital: an observational study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1404-1413.
- Alsulami, Z., Choonara, I. & Conroy, S. (2012). A Systematic Review Of The Effectiveness Of Double Checking In Preventing Medication Errors. *Archives of Disease in Childhood* . 97, 1-21.
- Bannan, D. & Tully, M. (2016). Bundle interventions used to reduce prescribing and administration errors in hospitalized children: a systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 41, 246-255.
- Belêla, A., Pedreira, M. & Peterlini, M. (2011). Erros de medicação em Pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 563-569.
- Campino, A., Santesteban, E., Pascual, P., Sordo, B., Amanz, C., Unceta, M. & Lopez-de-Heredia, I. (2016). Strategies implementation to reduce medicine preparation error rate in neonatal intensive care units. *European Journal of Pediatrics*, 175, 755-765.
- Campino et al, (2016). Medicine preparation errors in ten Spanish neonatal intensive care units. *European Journal of Pediatrics*, 175, 203-210.
- Conroy, S., Davar, Z. & Jones, S. (2012). Use of checking systems in medicines administration with children and young people. *Nursing Children and Young People*, 24(3), 20-24.
- Comgan, J., Donaldson, M., Kohn, L., McKay, T. & Pike, K. (1999). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academy Press, 1-8.
- Hardmeier, A., Tsourounis, C., Moore, M., Abbott, W. & Guglielmo, J. (2014). Pediatric medication administration errors and workflow following implementation of a bar code medication administration system. *Journal for Healthcare Quality*, 36(4), 54-63.
- Koumpagioti, D., Varounis, C., Kletsou, E., Nteli, C. & Matziou, (2014). Evaluation of the medication process in pediatric patients: a meta-analysis. *Journal de Pediatria*, 90(4), 344-355.
- Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde. (2011). *Estrutura Conceptual de Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa, Portugal.

32

BIBLIOGRAFIA

- Maaskant, J. *et al.* (2015). Interventions for reducing medication errors in children in hospital (Review). *The Cochrane Library*. 1-63.
- Neuspiel, D. & Taylor, M. (2013). Reducing the Risk of Harm From Medication Errors in Children. *Health Services Insights*, 6, 47-59.
- Prot-Labarthe, S., Weil, T., Angoulvant, F., Boukheid, R., Alberti, C. & Bourdon, O. (2014). POPI (Pediatrics: Omission of Prescriptions and Inappropriate Prescriptions): Development of a Tool to Identify Inappropriate Prescribing. *Plos one*, 9(6), 9-10.
- Rogers, J., Sebastian, S., Cotton, W., Pippin, C. & Merandi, J. (2016). Reduction of immunization errors through practitioner education and addition of age-specific alerts in the electronic prescribing system. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 73(3), 74-79.
- Ruano, M., Villamañán, E., Pérez, E., Herrero, A. & Álvarez-Sala, R. (2016). New Technologies as a strategy to decrease medication errors: how do they affect adults and children differently? *World Journal of Pediatrics*, 12(1), 28-34.
- Siebert, J. *et al.* (2017). A Mobile Device App to Reduce Time to Drug Delivery and Medication Errors During Simulated Pediatric Cardiopulmonary Resuscitation: A Randomized Controlled Trial. *Journal Of Medical Internet Research*. 19(2). Consultado a 19 de Setembro de 2018. Medline with full text. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=12&sid=7f0f8b7b-fe37-4916bbcc3be81e80cbd8%40sessionmgr4010&bdata=Jmxbhmc9cHQYnlmcZlZT1laG9zdC1saXZl#AN=28148473&db=mdc>
- The Joint Commission (2008). *Sentinel event alert: preventing pediatric medication errors*. Recuperado de: http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_39.htm?print=yes[9/20/2010 11:54:27 AM]
- Volpatto, B., Wegner, W., Gerhard, L., Pedro, E., Cruz, S. & Bandeira, L. (2017). Erros de Medicação em Pediatria e Estratégias de Prevenção: Revisão Integrativa. *Cogitare Enferm.* 22(1),1-14.
- Wimmer, S., Neubert, A. & Wolfgang, R. (2015). The Safety of Drug Therapy in Children. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112, 781-787.

Apêndice XXXV – Tratamento de dados da Sessão de Formação
“Estratégias Utilizadas para Prevenir os Erros de Medicação em Pediatria –
Dupla Confirmação”

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

Estágio Final

Tratamento de Dados do Questionário de Avaliação da Sessão
“Estratégias para Prevenir Erros de Medicação em Pediatria – Dupla
Confirmação”

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório*, 3º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer numa segunda fase na Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, do Hospital [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED]

Lisboa, 5, 6 e 13 de Novembro de 2018

Escala de avaliação

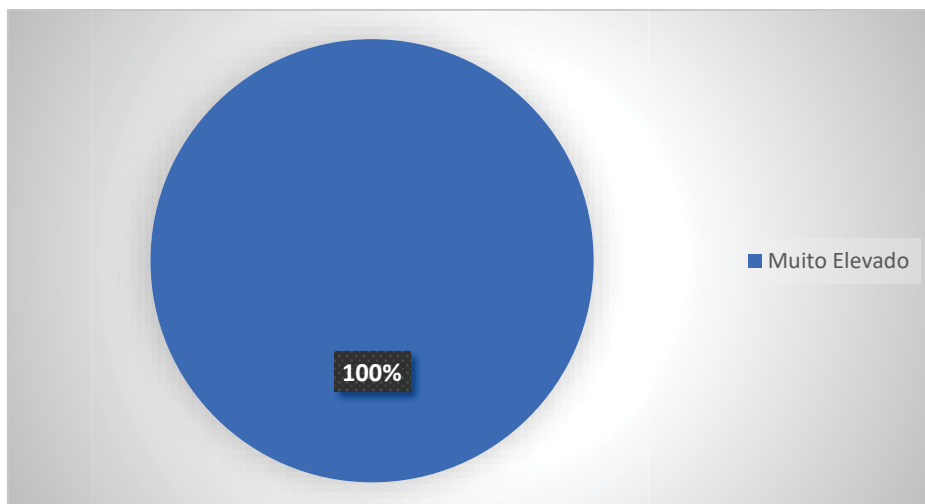
Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

A equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital [REDACTED] é constituída por 26 elementos. No decorrer do estágio foram realizadas três sessões de formação, a 5, 6 e 13 de Novembro, sendo que no total foram formados 18 elementos, o que corresponde a 69,2% da equipa.

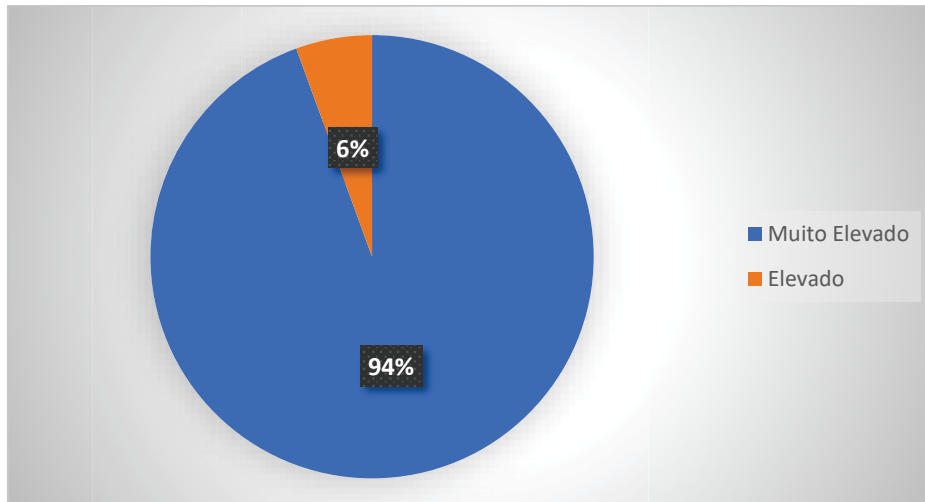
n = 18 participantes

1. Ação de formação em geral

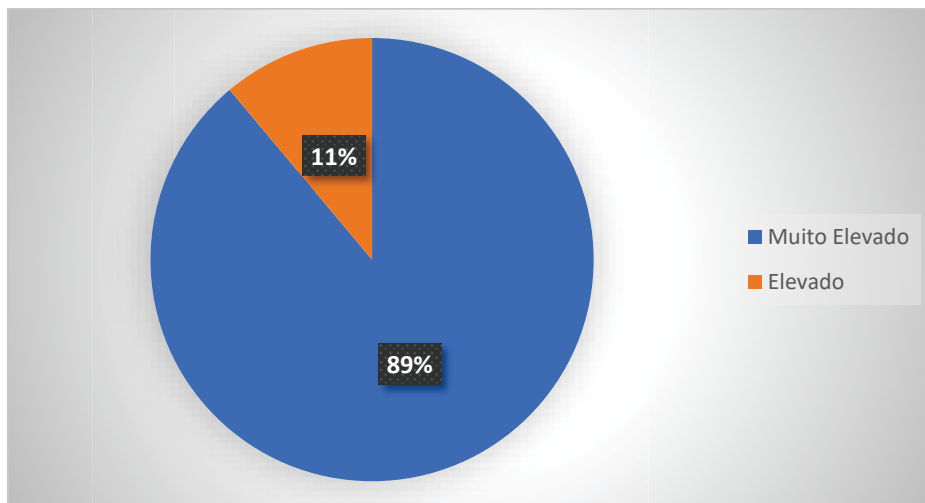
a) Importância e utilidade do tema da ação na realização das suas atividades



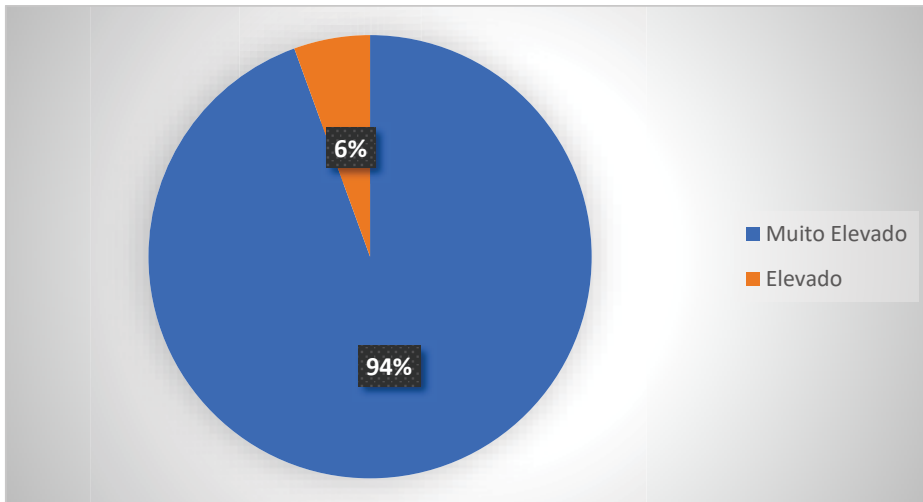
b) Adequação da duração da ação



c) Efectividade das metodologias de aprendizagem utilizadas

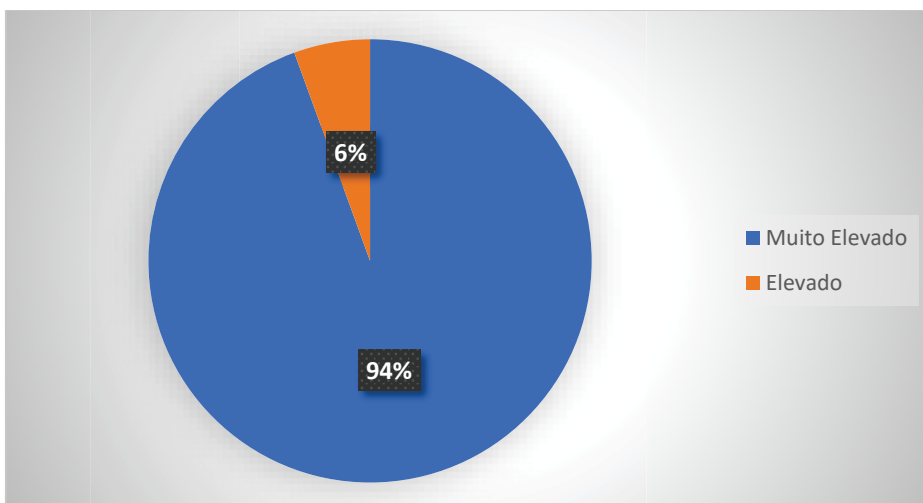


d) Qualidade da ação relativamente às melhores ações já frequentadas

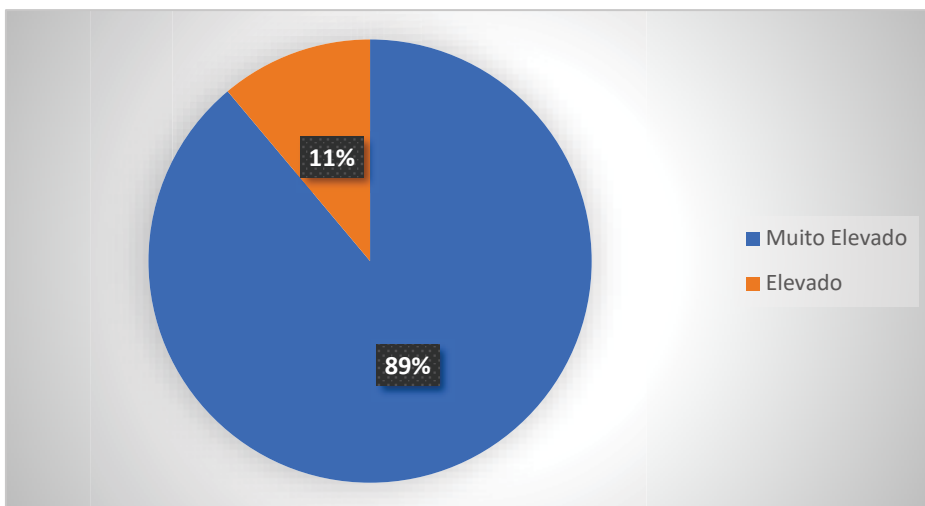


2. Conteúdo da ação de formação

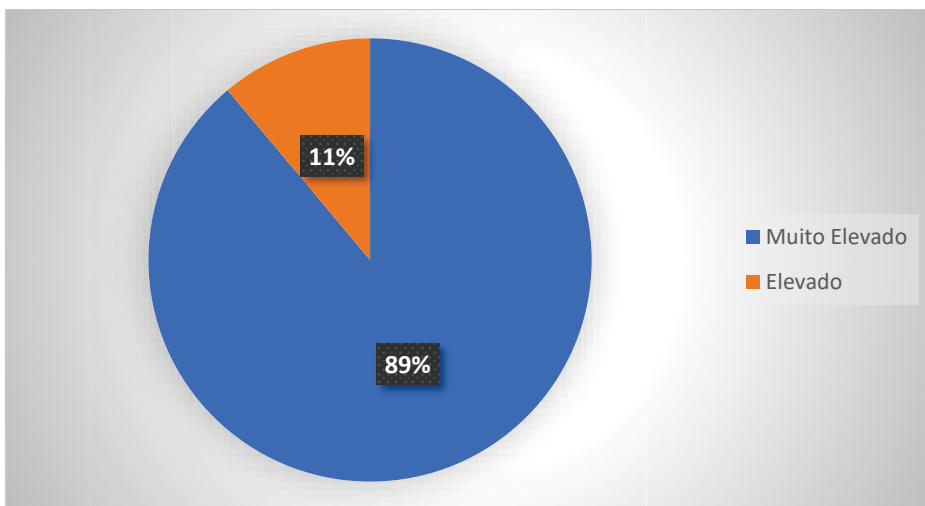
a) Conformidade do conteúdo com o seu nível de conhecimento atual



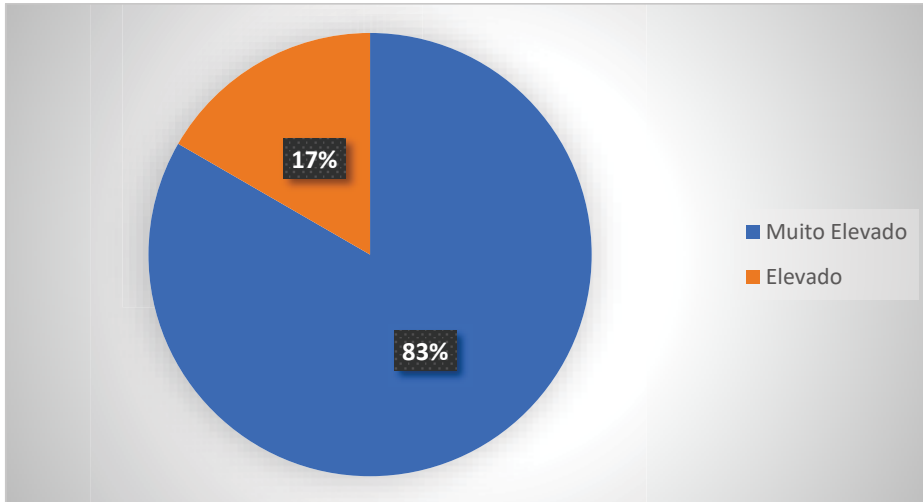
b) Qualidade da abordagem ao tema (p.ex., estruturação e nível de profundidade apropriados)



c) Efectividade da abordagem para alcançar os objectivos delineados

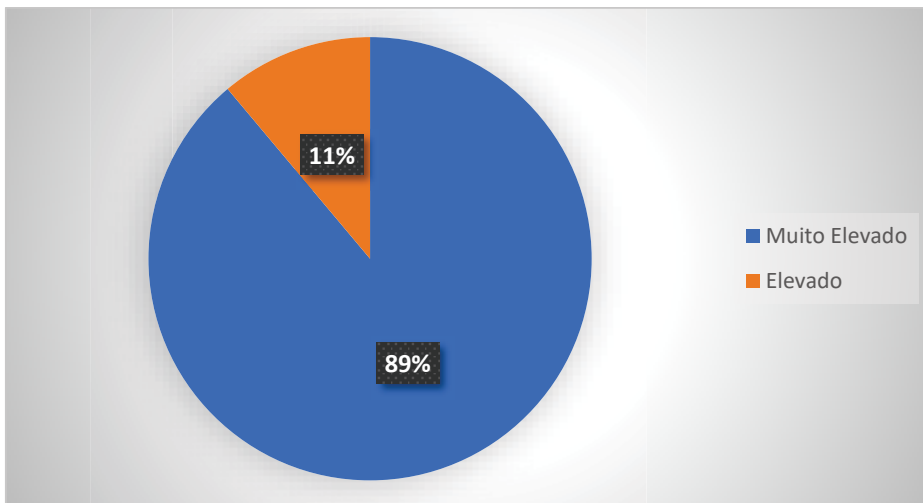


d) Utilidade e organização dos materiais de apoio pedagógico utilizados e distribuídos

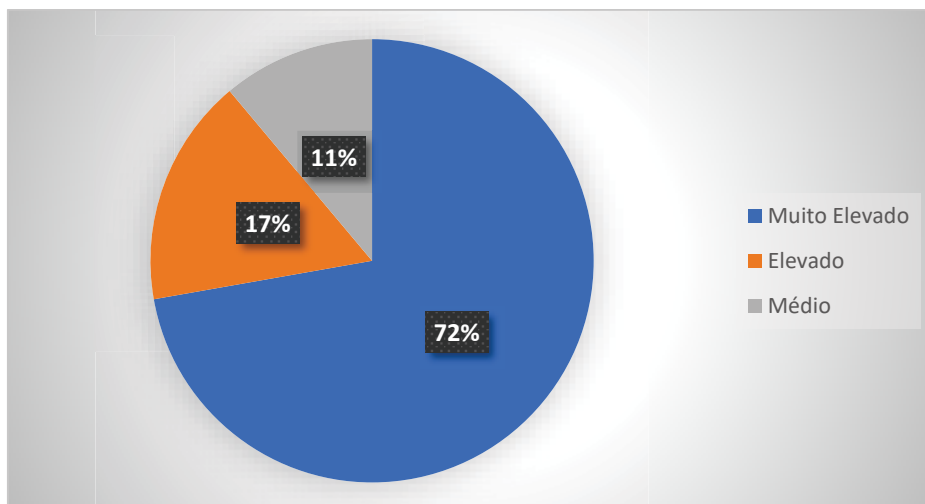


3. Organização e logística

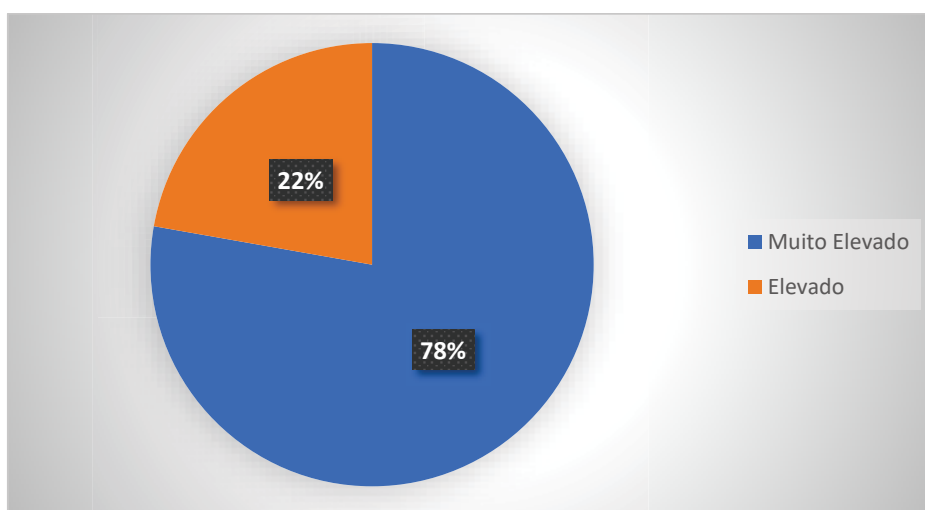
a) Eficiência do apoio prestado pela equipa responsável



b) Conforto e luminosidade das instalações onde decorreu a ação

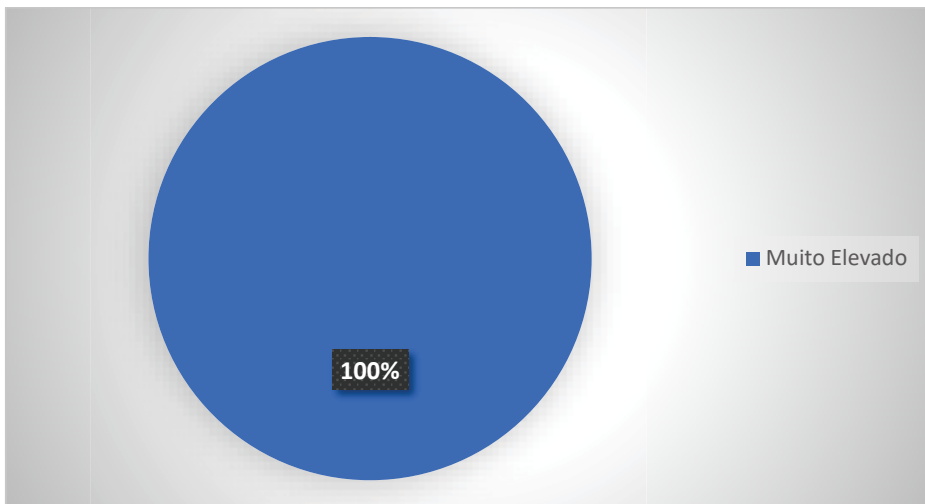


c) Qualidade de funcionamento dos equipamentos de suporte pedagógico

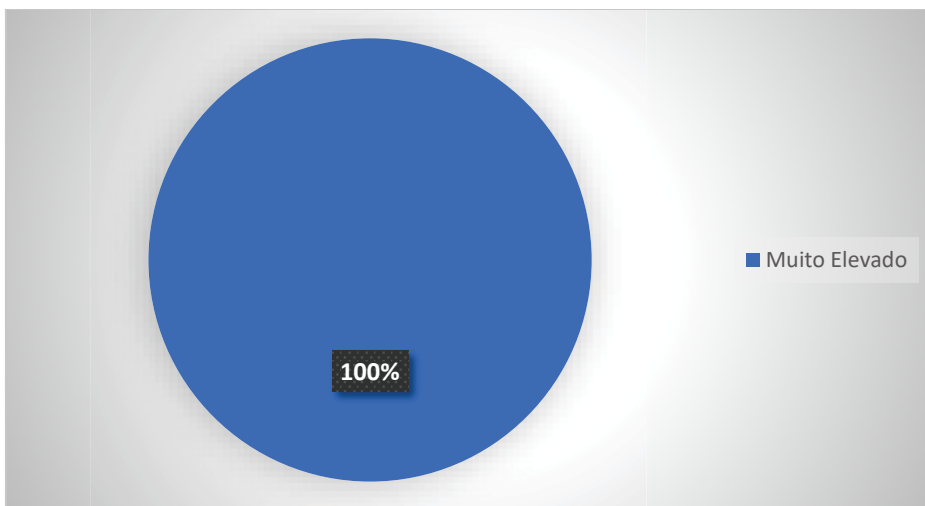


4. Formadores

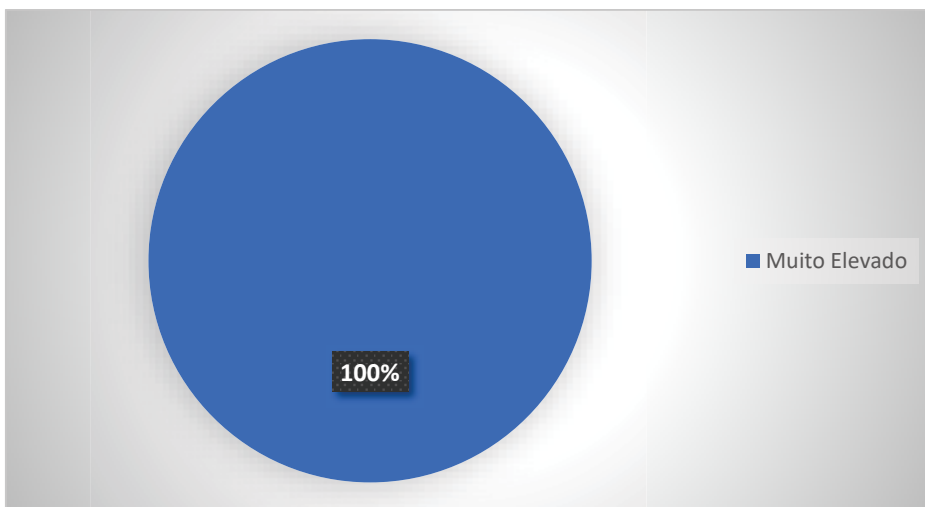
a) Definição inicial dos objectivos



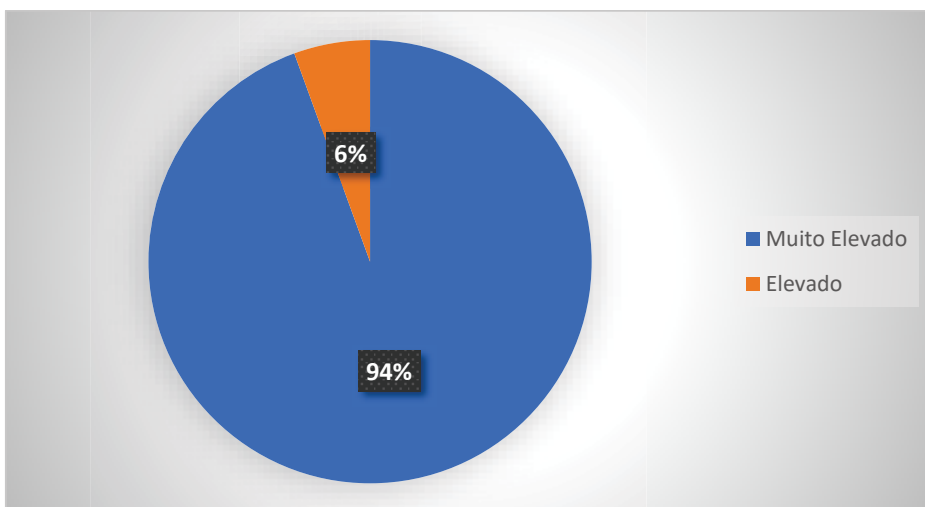
b) Domínio demonstrado do tema



c) Exposição clara e precisa do conteúdo



d) Motivação e incentivo à participação



Pontos fortes:

- Pertinência do tema.
- Discurso claro e conciso.
- Apresentação de dados.
- Tema abordado e metodologia de apresentação.

Pontos a melhorar/sugestões:

Sem respostas

Apêndice XXXVI – Cartaz informativo “Dupla Confirmação na Preparação e Administração de Medicação em Pediatria”

Dupla Confirmação na Preparação e Administração de Medicação em Pediatria

- As atividades de preparação de medicação são realizadas **uma de cada vez** e não é preparada medicação para várias crianças/jovens em simultâneo;
- Realizar a preparação da medicação na sala de trabalho com **porta fechada** ou **local resguardado**;
- Quando existirem interrupções voltar ao início da tarefa;

1 Antes da Preparação da Medicação

1. Obter etiqueta de identificação da criança/jovem que acompanhará todo o processo;
2. Realizar dupla confirmação da prescrição com segundo enfermeiro, separadamente, verificando:
 1. identificação positiva da criança/jovem;
 2. medicação prescrita;
 3. horário de administração;
 4. via de administração;
3. Não avançar caso exista alguma dúvida na prescrição. Nesse caso contactar médico prescritor.

3 Administração da Medicação

1. A administração da medicação deve respeitar:
 1. Doente certo (confrontar etiqueta de identificação positiva, com pulseira do doente);
 2. Medicamento certo;
 3. Medicamento adequado à patologia;
 4. Hora certa;
 5. Dose certa;
 6. Via de administração certa;
 7. Perfusões no ritmo certo;

Em caso de medicação administrada em perfusão:

- 1) Programar a bomba perfusora com o volume a ser administrado e ritmo de perfusão;
- 2) Iniciar perfusão ou administrar medicação endovenosa preparada na presença do enfermeiro que efetuou dupla confirmação.
2. Garantir a vigilância de reações locais e gerais do medicamento durante e após a sua administração;
3. Validar a administração da medicação no Processo Clínico Eletrónico, assinando em observações com o Nome e N.º mecanográfico do Enfermeiro que realizou a dupla confirmação.

2 Preparação da Medicação

1. Leitura do "rótulo" da embalagem e sua apresentação, prazo de validade e condições de conservação e armazenamento, por dois enfermeiros;
2. Realizar dupla confirmação, com segundo enfermeiro, da dose prescrita, diluição, ritmo de infusão e via de administração;
3. Realizar cálculos de dosagem/reconstituição/diluição/concentração por dois enfermeiros, separadamente;
4. Preenchimento de etiqueta para identificação da medicação com:
 1. identificação positiva da criança/jovem (nome; data de nascimento; NP);
 2. nome do medicamento;
 3. dosagem exata preparada;
 4. tipo e quantidade de solvente utilizado;
 5. data e hora;
 6. em caso de perfusão, acrescentar o ritmo de perfusão e tempo de duração;
 7. assinatura e número mecanográfico dos dois enfermeiros que realizaram a dupla confirmação.

Nota: etiqueta amarela (Apenas para Eletrólitos Concentrados, adicionados ao soro de infusão); etiqueta azul (restantes medicamentos, adicionados ao soro de infusão)

5. Após a preparação, a medicação deve ser transportada imediatamente até à unidade da criança/jovem em tabuleiro próprio, com a respectiva etiqueta de identificação;

Referências Bibliográficas

Alvarez, Z., Choucri, I. & Conroy, S. (2016). Pediatric nurse adherence to the double-checking process during medication administration in a children's hospital: an observational study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(8), 1604-1613. Alsharif, Z., Choucri, I. & Conroy, S. (2017). A Systematic Review Of The Effectiveness Of Double Checking In Preventing Medication Errors. *Archives of Disease in Childhood*, 97, 1-51. Conroy, S., O'Leary, Z. & Jones, S. (2012). Use of checking systems in medicines administration with children and young people. *Nursing Children and Young People*, 34(1), 30-34. The Joint Commission (2008). *Standard event alert: preventing pediatric medication errors*. Recuperado de <http://www.jointcommission.org/articles/event-alert-preventing-pediatric-medication-errors>

Apêndice XXXVII – Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs - Família enquanto parceira de cuidados na Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

Estágio Final

Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs

***Família enquanto parceira de cuidados na Unidade de Cuidados
Intermédios Pediátricos***

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório*, 3º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer numa segunda fase na Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, do Hospital [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED]

Lisboa, 6 de Novembro de 2018

1-Descrição - O que aconteceu?

A segunda fase do Estágio Final e Relatório, do 3º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, encontra-se a decorrer na Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, do Hospital ██████████.

No decorrer do estágio, houve uma percentagem significativa de internamentos relativos a crianças com doenças crónicas (predominantemente crianças com diagnóstico médico de asma ou de drepanocitose). Estas patologias implicam a existência de medicação de manutenção no domicílio, sendo que durante os internamentos foi bastante notório o domínio que os pais apresentavam sobre a gestão da mesma. Apesar de as faixas etárias terem sido variadas nos casos observados, de facto os pais detinham um conhecimento bastante minucioso sobre a medicação, o horário de administração, a forma de administração e os riscos da não administração.

A equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos gere esta dinâmica de uma forma bastante correcta, assumindo os pais como parceiros de cuidados e detentores de conhecimento imprescindível. De ressaltar, que a equipa de Enfermagem tem sempre a preocupação de averiguar toda a medicação de domicílio que acompanha as crianças para o internamento, de forma a que seja efetuada a correcta prescrição no Processo Clínico Electrónico, e consequente validação da sua administração.

2 – Pensamentos e Sentimentos - O que estou a pensar e a sentir?

A colaboração na prestação de cuidados, no decorrer do estágio, permitiu o acompanhamento próximo destas crianças e famílias, sendo notório o domínio dos pais sobre a doença e respectiva hospitalização. Tal foi possível, porque nos casos observados, a hospitalização não era devida a um quadro inaugural, mas a algo que já era recorrente, e por esse motivo a hospitalização também era encarada de outra forma.

Neste sentido, e face ao à vontade demonstrado pelos pais, a postura da equipa de enfermagem foi baseada no apoio e suporte contínuo, numa perspectiva de colaboração, parceria de cuidados, e reconhecimento das suas competências parentais, no que diz respeito à gestão da medicação. Segundo Machado, Nóbrega, Silva, França, Relchert e Collet (2018) a escuta ativa é considerada uma importante ferramenta na prestação de cuidados a crianças e jovens com doença crónica, sendo que os profissionais devem reconhecer a sua importância, uma vez que, quando apoiadas, as famílias e as crianças/jovens sentem-se

encorajadas a enfrentar as implicações desencadeadas e inerentes à doença crónica. Os autores reforçam que a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e a família possibilita a identificação de necessidades que necessitam ser resolvidas (Machado, Nóbrega, Silva, França, Relchert, e Collet, 2018).

De facto, segundo Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015), um dos factores contribuintes e que tem sido identificado como potenciador de erros de medicação é, efetivamente, a falha de comunicação entre os pais das crianças e os profissionais de saúde. O estudo conduzido por estes autores foca a importância da participação dos pais/família como recursos na prevenção de erros de medicação, sendo unânime na literatura que os pais e a educação parental estão inerentes em todas as outras intervenções na área da Pediatria, ao serem considerados como parceiros de cuidados.

Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015) relembram que o envolvimento da família na prestação de cuidados complexos tem mostrado grande sucesso, com pais capazes de prestar cuidados a crianças com traqueostomias, colostomias, mudar pensos de cateteres centrais e manipulação de sistemas de nutrição parentérica. Também no processo de administração de medicação, é fundamental a formação e a existência de uma comunicação eficaz, entre as famílias e os profissionais de saúde, permitindo assim o desenvolvimento de práticas e abordagens centradas na pessoa, sendo este um passo vital para melhorar a cultura de segurança de medicamentos e prevenir os erros de medicação. Machado, Nóbrega, Silva, França, Relchert e Collet (2018) reforçam ainda que, o bem-estar e tranquilidade das famílias durante a hospitalização reduz o nível de stress da equipa multidisciplinar, nomeadamente da equipa de enfermagem, fortalecendo assim o relacionamento entre as famílias e os profissionais, bem como a qualidade da prestação de cuidados.

3 – Avaliação - O que foi bom e mau nesta experiência?

Esta experiência foi crucial para comprovar a importância da participação dos pais no internamento das crianças com doença crónica, principalmente no processo de gestão de medicação. Considero também uma aprendizagem e contributo significativo para o meu processo de desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, ter tido a possibilidade de estar integrada, e prestar cuidados, numa equipa em que existe e é valorizada a filosofia de parceria de cuidados, sendo evidentes os ganhos efetivos para a saúde das crianças e pais.

4 – Análise - Que sentido(s) posso encontrar no que se passou?

Considero que este tipo de experiências são fundamentais na construção do meu percurso profissional, nomeadamente enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, permitindo-me adquirir competências tão específicas e particulares da área da Saúde da Criança e do Jovem.

5 – Conclusão – O que fiz/não fiz e que mais poderia ter feito?

Nesta situação para além de observar a dinâmica entre os pais das crianças internadas e a equipa de enfermagem, tive também oportunidade de prestação cuidados, demonstrando um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização.

6 – Planear a acção – o que irei fazer de futuro e/ou que contributos para o meu desenvolvimento profissional futuro...

Finalmente, após referir que esta experiência permitiu fundamentalmente a aquisição de competências, gostaria aqui de evidenciar quais as que considero ter aprofundado e desenvolvido, reportando-me às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente:

- E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.
 - E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar;
 - E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à

idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis;

- E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde;
- E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença;
- E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde;
- E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar;
- E 1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.
 - E 1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.
 - E 1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.

(Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018)

Referências Bibliográficas

- Alomari, A., Wilson, V., Davidson, P. & Lewis, J. (2015). Families, nurses and organisations contributing factors to medication administration error in paediatrics: a literature review. *International Practice Development Journal*, 5(1), 1-14.
- Machado, A., Nóbrega, V., Silva, M., França, D., Relchert, A. & Collet, N. (2018). Chronic disease in children and adolescents: professional-family bond for the promotion of social support. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 39, 1-8.
- Regulamento n.º 422/12 de julho. (2018). *Diário da República n.º 133, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

**Apêndice XXXVIII - Justificação para Aquisição de Material Entérico para o
SUP**

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

Estágio Final

Justificação para Aquisição de Material Entérico para o SUP

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório*, 3º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer numa terceira fase no Serviço de Urgência Pediátrica, do Hospital [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED]

Lisboa, 1 de Dezembro de 2018

1. Nota Introdutória

O presente documento surge no âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório*, 3º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer numa terceira fase no Serviço de Urgência Pediátrica, do Hospital [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED]. Este documento surge então, com o objetivo de fundamentar, com base em conhecimento científico, a importância e urgência de aquisição de material específico para preparação e administração de medicação por via entérica, para o Serviço de Urgência Pediátrica do [REDACTED].

No decorrer do estágio anteriormente mencionado, foi possível constatar que este Serviço, de referência e de primeira linha de atuação na prestação de cuidados hospitalares, não dispõe de material específico para preparação e administração de medicação por via entérica, nomeadamente seringas para este efeito. De facto, o que se verifica, é a existência de seringas, com vários volumes, de utilização geral, que têm como finalidade tanto a administração de medicação endovenosa, como oral, o que aumenta exponencialmente a probabilidade de ocorrência do erro de medicação em Pediatria.

2. Desenvolvimento

É evidente que a ocorrência de erros de medicação é uma realidade nos cuidados de saúde que não podemos ignorar, sendo de conhecimento geral que o erro “(...) não é resultado da ação de um indivíduo, mas de uma cadeia de eventos acionada por um sistema mal elaborado” (Belela, Pedreira e Peterlini, 2011).

Segundo a The Joint Commission (2008) os erros de medicação são considerados o tipo mais comum de erro médico. Considere-se erro de medicação “Qualquer evento evitável que pode causar ou conduzir ao uso inadequado de medicação ou dano para o doente enquanto a medicação está sob o controlo do profissional de saúde, doente ou consumidor. Tais eventos podem estar relacionados com a prática profissional, com produtos para cuidados de saúde, procedimentos e sistemas, incluindo prescrição, comunicação da prescrição; rotulagem do produto, embalagem e nomenclatura; composição, dispensa, administração educação, monitorização e utilização.” (Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde, 2011, p.114, citando Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care, 2005). Contudo, apesar dos riscos elevados de ocorrência de erros de medicação na população pediátrica, poucos estudos estimam a sua incidência nesta faixa etária (Belela, Pedreira e Peterlini, 2011).

É consensual que os erros de medicação têm o potencial de causar danos tanto na população pediátrica, como na adulta. Porém, a população pediátrica está mais exposta a estes erros devido a cálculos de dosagem baseados em peso, dosagem fracionada, e necessidade de pontos decimais (The Joint Commission, 2008; Koumpagioti, Varounis, Kletsiou, Nteli e Matziou, 2014; Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala, 2016). Os estudos alertam ainda para o facto de os erros de medicação, com potencial para causar dano, serem três vezes mais prováveis em doentes pediátricos hospitalizados do que em adultos (Kaushal *et al.*, 2001 citado por Koumpagioti, Varounis, Kletsiou, Nteli e Matziou, 2014; Belela, Pedreira e Peterlini, 2011).

A The Joint Commission apresenta um conjunto de características que evidenciam as razões pelas quais a população pediátrica se torna mais vulnerável e propícia à ocorrência de erros de medicação, nomeadamente: o facto de a maioria dos fármacos utilizados na prestação de cuidados a crianças ser formulada e embalada principalmente para adultos, levando à necessidade de alterar a dosagem original da medicação, e proceder a uma série de cálculos,

umentando assim significativamente a possibilidade de erro; a maioria das configurações de cuidados de saúde é construída principalmente em torno das necessidades dos adultos, sendo que muitos ambientes carecem de recursos humanos especializados em cuidados pediátricos; falta de protocolos de cuidados pediátricos, e / ou materiais de referência pediátricos atualizados e de fácil acesso, especialmente no que se refere a medicamentos; as crianças - especialmente crianças pequenas e doentes – têm menos capacidade de tolerar fisiologicamente um erro de medicação devido à imaturidade das funções renais, imunológicas e hepáticas; e finalmente o facto de este ser um grupo populacional, principalmente as crianças mais pequenas, que não consegue comunicar de forma eficaz de forma a alertar quaisquer efeitos adversos que os medicamentos possam estar a causar (The Joint Commission, 2008). Acrescentando dados a este conjunto de características propícias à ocorrência de erro, fontes confirmam que “Aproximadamente 75% dos medicamentos prescritos em pediatria não foram adequadamente estudados nesta população” (Belela, Pedreira e Peterlini, 2011, p.565). Os mesmos autores reforçam que a maioria dos fármacos de uso parental não são disponibilizados pela indústria farmacêutica com apresentação pediátrica. Assim, os profissionais de saúde vêm-se sujeitos a ter que realizar “(...) cálculos sofisticados, re-diluição, manipulação excessiva e administração de doses muito fracionadas, o que predispões à ocorrência de falhas.” (Belela, Pedreira e Peterlini, 2011). Koumpagioti, Varounis, Kletsiou, Nteli e Matziou (2014) citam Kaushal *et al.* (2001) e Miller, Robinson, Lubomski, Rinke e Pronovost (2007), dando conhecimento que a maioria dos erros de medicação em crianças ocorrem nas etapas de prescrição e administração de medicamentos. Belela, Pedreira e Peterlini (2011) citam Lesar, Mitchell e Sommo (2006), confirmando que é particularmente comum, e com elevado risco associado, a prescrição ou administração de uma dose dez vezes superior ou inferior à adequada para a idade e peso da criança. Este tipo de erro, compreende 15% de todos os erros de prescrição relacionados com a dose do medicamento (Hicks, Becker e Cousins, 2006 citados por Belela, Pedreira e Peterlini, 2011). Também Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015) citam Keers *et al.* (2013) e enfatizam que 26.9% dos erros em doentes pediátricos, estão associados à fase de administração de medicação.

Ruano, Villamañán, Pérez, Herrero e Álvarez-Sala (2016) afirmam que a melhor forma de entender e prevenir os erros de medicação é considerar a sua etiologia e classificação, uma vez que existem múltiplos fatores na raiz do problema, nomeadamente a organização; procedimentos; condições de trabalho e fatores humanos relacionados aos profissionais de saúde. Assim, é sugerido às organizações prestadoras de cuidados de saúde, como futuras

soluções para prevenir os erros de medicação, terem em consideração os rácios de profissionais, o seu nível de competências, o stress e a carga de trabalho associada à prestação de cuidados (Alomari, Wilson, Davidson e Lewis, 2015). Alomari, Wilson, Davidson e Lewis (2015) reforçam ainda que as organizações devem implementar políticas e diretrizes adequadas, nomeadamente ao nível da formação e suporte educacional contínuo, bem como o acesso a tecnologia de apoio. Esta premissa é corroborada por Belela, Pedreira e Peterlini (2011) e por Volpato, Wegner, Gerhardt, Pedro, Cruz e Bandeira (2017) citando Wegner (2012) referindo que quando o profissional percebe o que é um evento adverso, as suas causas e as suas consequências, torna-se mais fácil admitir que o erro é possível e pode estar presente na prestação de cuidados, e esta percepção é o primeiro passo para a prevenção.

Assim, havendo conhecimento e tendo sido detetado um factor de risco que aumenta a ocorrência de erros em Pediatria, nomeadamente a carência de material específico para administração de medicação entérica, considero que importa refletir sobre o tema e efetivamente ponderar, se o custo associado à aquisição do material justifica e compensa a ocorrência de erros, potencialmente fatais. As recomendações da The Joint Commission quanto a este tema são bastante específicas, havendo a recomendação expressa de: “Use oral syringes to administer oral medications. The pharmacy should use oral syringes when preparing oral liquid medications. Make oral syringes available on patient care units when “as needed” medications are prepared. Educate staff about the benefits of oral syringes in preventing inadvertent intravenous administration of oral medications.” (The Joint Commission, 2008, p.1)

De facto, é evidente a relevância que o hospital dá a este tema, sendo notório o esforço e os protocolos implementados, com base nas recomendações da The Joint Commission, com o objectivo de redução dos riscos associados à ocorrência de erros de medicação, e neste sentido refiro-me à distinção na medicação LASA (look-alike/sound-alike), ao sistema de prescrição informático, ao sistema de notificação de eventos adversos, às formações realizadas frequentemente aos profissionais de saúde, pelo Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente, entre outros. No entanto, e com base nos dados apresentados anteriormente, considero que seria crucial a aquisição de material específico para administração por via entérica, para todo o departamento de Pediatria do Hospital, reforçando as medidas já implementadas, e contribuindo para a redução significativa do risco de ocorrência de erros de medicação em clientes em idade pediátrica.

3. Considerações Finais

Com este documento, pretende-se não só reforçar a importância da aquisição de material para administração entérica, mas também o papel dos enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, pois temos a obrigação de participar ativamente na identificação e implementação de novas estratégias, reavaliando constantemente a nossa prática e estimulando a mudança de comportamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alomari, A., Wilson, V., Davidson, P. & Lewis, J. (2015). Families, nurses and organisations contributing factors to medication administration error in paediatrics: a literature review. *International Practice Development Journal*, 5(1), 1-14.
- Belela, A., Pedreira, M. & Peterlini, M. (2011). Erros de medicação em Pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 563-569.
- Direção-Geral de Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa, Portugal.
- Koumpagioti, D., Varounis, C., Kletsiou, E., Nteli, C. & Matziou. (2014). Evaluation of the medication process in pediatric patients: a meta-analysis. *Jornal de Pediatria*, 90(4), 344-355.
- Ruano, M., Villamañán, E., Pérez, E., Herrero, A. & Álvarez-Sala, R. (2016). New Technologies as a strategy to decrease medication errors: how do they affect adults and children differently? *World Journal of Pediatrics*, 12(1), 28-34.
- The Joint Commission (2008). *Sentinel event alert: preventing pediatric medication errors*. Recuperado de: http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_39.htm?print=yes[9/20/2010 11:54:27 AM]
- Volpatto, B., Wegner, W., Gerhardt, L., Pedro, E., Cruz, S. & Bandeira, L. (2017). Erros de Medicação em Pediatria e Estratégias de Prevenção: Revisão Integrativa. *Cogitare Enferm.* 22(1),1-14.

Apêndice XXXIX – Folheto informativo “Soro de Reidratação Oral”

SORO DE REIDRATAÇÃO ORAL

Cuidados a ter com a administração do Soro de Reidratação Oral:

1. O Soro de Reidratação oral é um medicamento, e como tal deve respeitar as seguintes indicações de administração;
2. Higienizar as mãos com desinfetante disponível antes de iniciar a administração;
3. O Soro de Reidratação Oral destina-se **APENAS** a ser administrado por via **ORAL** (Figura 1.);
4. Deve ser administrado em pequenas quantidades de cada vez para a criança tolerar;
5. Se a criança não tolerar e vomitar, deve comunicar ao Enfermeiro;
6. Quando terminar o Soro de reidratação disponibilizado deve deitar fora de imediato o copo e a seringa fornecidos, no contentor de lixo comum;
7. Não deve reaproveitar a seringa fornecida para outros fins;
8. Se tiver alguma dúvida com a administração do Soro, deve comunicar ao Enfermeiro;



Figura 1 – Forma de administração do Soro de Reidratação Oral.

Referências Bibliográficas

The Joint Commission (2008). Sentinel event alert: preventing pediatric medication errors. Recuperado de: [http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlerts/alert_30.htm?pin=yee\(9/25/2010 11:54:27 AM\)](http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlerts/alert_30.htm?pin=yee(9/25/2010 11:54:27 AM)); Figura 1. disponível em <http://halelife.com/blog/remedio-para-crianca-e-com-seringa-nao-vo-ora-ora/nao-dada-saude-crianca-tomando-remedio-com-seringa-no-lado-da-boca/>

Apêndice XL – Etiqueta para o copo do Soro de Reidratação Oral



Soro de Reidratação Oral

- Este medicamento é para ser administrado **APENAS** por **VIA ORAL**.
- Se tiver alguma dúvida comunique ao Enfermeiro.

Lisboa, 10 de Dezembro de 2018

**Apêndice XLI – Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs - Estratégias de
Comunicação no SUP**

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem –

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JOANA FILIPA FERREIRA SANTOS

n.º 192017052

Estágio Final

Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs

Estratégias de Comunicação no SUP

Documento realizado no âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório*, 3º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer numa terceira fase no Serviço de Urgência Pediátrica, do Hospital [REDACTED], sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED]

Lisboa, 10 de Dezembro de 2018

1 - Descrição - O que aconteceu?

A terceira, e última, fase do Estágio Final e Relatório, do 3º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, encontra-se a decorrer no Serviço de Urgência Pediátrica, do Hospital [REDACTED]. Durante o estágio, tive oportunidade de, inicialmente, observar, mas numa fase posterior, colaborar com os membros da equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança/jovem em contexto de urgência, nomeadamente na triagem, seguindo o protocolo da Triagem de Manchester, bem como na sala de tratamentos e sala de observação.

As crianças/jovens, encontravam-se sempre acompanhadas por um adulto, sendo normalmente um dos pais. Ao longo das várias observações e contacto com estas famílias, foi possível constatar vários tipos de reações e atitudes, tanto dos pais, como das crianças. Este tipo de reações é distinto consoante a faixa etária, e o motivo pelo qual recorreram a um Serviço de Urgência Pediátrica, o que implica que a equipa de enfermagem esteja constantemente apta a lidar com todas estas emoções e sentimentos. Uma das reações mais frequentes por parte dos pais, é na triagem, quando após descreverem o motivo que os levou a recorrer ao Serviço de Urgência, lhes é atribuída a respetiva pulseira, sendo que quando se trata de uma pulseira verde, as reações são menos positivas.

2 – Pensamentos e Sentimentos - O que estou a pensar e a sentir?

Dada a situação descrita, considero que foi fundamental estar sempre acompanhada por um elemento da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica, visto que foi notório, que este tipo de reações é bastante frequente, o que leva a que a equipa já se encontre bastante preparada para responder de forma correcta e assertiva. Segundo Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida (2016), “a triagem constitui a primeira interação que os enfermeiros desenvolvem com a criança e com os seus pais, onde é possível iniciar um contacto acolhedor, transmitindo confiança aos pais, fazendo-os sentir que são bem-vindos e que existe disponibilidade para responder às suas necessidades e preocupações.” (Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida, 2016, p.30), sendo este momento crucial para incutir na criança e nos seus cuidadores um sentimento de confiança e empatia com a equipa multidisciplinar.

Segundo os autores supracitados, é no momento da triagem que os pais são informados sobre o processo de atendimento e a dinâmica do serviço, caso estes ainda não estejam familiarizados com o mesmo, sendo que consideram também muito importante, que seja dada a informação aos pais que a prioridade do atendimento é por gravidade e não por ordem de chegada, e que “a cor da pulseira atribuída não significa necessariamente ter de ficar o tempo de espera máximo referente a essa cor.” (Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida, 2016, p.30). Para Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida (2016), esta explicação dada inicialmente aos pais, torna-se muito importante, visto que a cor da pulseira se pode tornar um fator bastante influente na ansiedade dos pais, o que conduz frequentemente a questões sobre o porquê dos seus filhos não serem mais prioritários que as outras crianças. De facto, foi esta a postura que tive a possibilidade de observar no decorrer do estágio, por parte da equipa de enfermagem, o que na minha opinião, acabou por facilitar e tornar menos penosa toda a situação, diminuindo o nível de ansiedade dos pais. Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida (2016) citam Fernandes (2012) e referem que é fundamental adequar e adaptar diferentes estratégias de comunicação à singularidade da criança e da sua família, privilegiando uma comunicação mais próxima com os pais, com o objetivo de evitar possíveis situações de tensão geralmente causadas pelo medo e pela ansiedade. Também o tempo de atendimento poderá ser mais prolongado, o que normalmente origina alguma tensão entre a família e a equipa de saúde, o que pode comprometer toda a relação terapêutica construída até ao momento. Neste sentido, é fundamental que os enfermeiros transmitam sensibilidade face ao medo e à ansiedade da criança e dos seus pais, procurando tranquilizar e informar o porquê dessa demora, de forma a que possam estar preparados e consigam gerir as suas atividades de forma mais atempada (Fernandes, 2012, citado por Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida, 2016).

3 – Avaliação - O que foi bom e mau nesta experiência?

Considero esta experiência uma aprendizagem e contributo significativo para o meu processo de desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica. Foi fundamental ter tido a oportunidade de presenciar a forma como a equipa lida com situações mais delicadas, valorizando sempre a filosofia de parceria de cuidados, sendo evidentes os ganhos efetivos para a saúde das crianças e pais. Segundo Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida (2016) os enfermeiros peritos tendem a envolver-se mais com o cliente e a darem uma grande importância às emoções na sua prática.

4 – Análise - Que sentido(s) posso encontrar no que se passou?

Considero que este tipo de experiências são fundamentais na construção do meu percurso profissional, nomeadamente enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, permitindo-me adquirir competências tão específicas e particulares da área da Saúde da Criança e do Jovem.

5 – Conclusão – O que fiz/não fiz e que mais poderia ter feito?

Nesta situação para além de observar a dinâmica de prestação de cuidados nas várias valências do Serviço de Urgência Pediátrica, tive também oportunidade de prestação cuidados, demonstrando um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização.

6 – Planear a acção – o que irei fazer de futuro e/ou que contributos para o meu desenvolvimento profissional futuro...

Finalmente, após referir que esta experiência permitiu fundamentalmente a aquisição de competências, gostaria aqui de evidenciar quais as que considero ter aprofundado e desenvolvido, reportando-me às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente:

- E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.
 - E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar;
 - E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis;
 - E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde;
 - E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença;
 - E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde;

- E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar;
- E 1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.
 - E 1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.
 - E 1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.

(Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018)

Referências Bibliográficas

- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47.
- Regulamento n.º 422/12 de julho. (2018). *Diário da República n.º 133, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.