

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

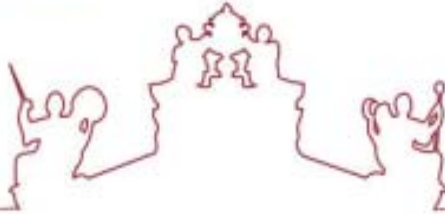
**Cultura de notificação de incidentes como prática para a
segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem em
contexto pediátrico**

Malvina da Boanova Rosado Calado

Orientador(es) | Gabriela Calado

Évora 2023





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

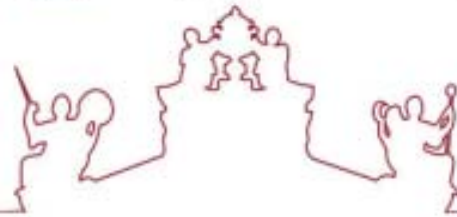
**Cultura de notificação de incidentes como prática para a
segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem em
contexto pediátrico**

Malvina da Boanova Rosado Calado

Orientador(es) | Gabriela Calado

Évora 2023





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Maria Ruivo (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Lúcia Caeiro Ramos (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Arguente)
Gabriela Calado (Universidade de Évora) (Orientador)
Maria Eduarda Correia (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde)

Évora 2023



Agradecimentos

Às equipas de enfermagem que me acolheram durante os períodos de estágio e por todos os conhecimentos que partilharam comigo.

À professora Gabriela Calado pelo acompanhamento e orientação durante o Estágio Final, no desenvolvimento do Projeto de Intervenção e na elaboração do presente Relatório.

À Enfermeira Sara, pela sua orientação, compreensão e dedicação, em todas as intercorrências e desafios entretanto encontrados.

À Enfermeira Rosa e à Enfermeira Margarida pelo acolhimento e transmissão de conhecimentos.

À Enfermeira Prazeres pela dedicação e partilha de experiências.

À Enfermeira Gisela pela excelente forma como sempre me recebeu.

À enfermeira Ana Malveira por toda a dedicação, apoio e pela partilha de saberes e experiências.

Às equipas de enfermagem que me acolheram durante os períodos de estágio e por todos os conhecimentos que partilharam comigo.

Aos meus filhos Ana Rita e Diogo Filipe que são a minha essência e para quem quero ser um exemplo de dedicação e conquistas.

Ao meu marido Filipe, por estar presente e pelo apoio em todos os momentos.

À minha família e amigos, pela compreensão e apoio incondicional que tornaram este longo percurso tão exigente mais fácil.

Resumo

A segurança é um direito fundamental para o desenvolvimento e bem-estar da criança. A criança devido às suas características está mais propensa à ocorrência de incidentes durante a prestação de cuidados de saúde. Estima-se que por ano sejam lesadas cerca de 70.000 crianças ao receberem cuidados hospitalares. Atualmente a segurança do doente é um aspeto central na prática clínica dos profissionais de saúde e um elemento-chave na garantia de cuidados em saúde de qualidade e sistemas de saúde eficientes. Os enfermeiros devido à sua proximidade da criança/jovem e família, torna-se incontornável a sua preocupação e dedicação à segurança da criança e o desenvolvimento de ações, para a prevenção de incidentes e melhoria dos cuidados prestados. A notificação de incidentes no contexto de Saúde Pediátrica é essencial para obter dados que permitam investigar e implementar mecanismos de prevenção de incidentes.

Este relatório pretende espelhar o percurso formativo para a aquisição das competências comuns, específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, competências de Mestre incluindo a análise reflexiva sobre a prática clínica e a fundamentação do processo de tomada de decisão. Norteado pela linha de investigação Segurança e Qualidade de Vida foi desenvolvido o Projeto de Intervenção com o objetivo de contribuir para a promoção da cultura de segurança e qualidade dos cuidados de Enfermagem, em contexto pediátrico, através do desenvolvimento e implementação de estratégias adequadas à notificação de incidentes.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Criança/Jovem, Segurança do Doente Pediátrico, Notificação de Incidentes

Abstract

Title: Incident reporting culture as a safety and quality procedure in pediatric nursing practice

Safety is a basic right both in the child development and well-being. Due to their fragilities and characteristics, a child is more likely to suffer an incident while undergoing health treatment. On average, about 70.000 children are harmed while they get hospital treatment. Nowadays, patient safety is crucial in a health professional daily clinical practice, as well as a key factor in both ensuring good quality healthcare and efficient health systems. Thus, nurses play a very important role once they are the healthcare professionals closer to children, teenagers and their families. As a result, their concern and dedication to child safety, to the development of actions leading to accident prevention and to the improvement of the provided healthcare must be of particular importance to them. Incident reports in connection with Pediatric Health are essential in providing reliable data to lead to the research and creation of incident prevention and response mechanisms.

This report aims to show the Nursing Professionals in Infant and Pediatric Health training path in acquiring common and specific relevant skills, as well as Master skills, including a reflective analysis on the clinical practice and the decision making process reasoning. The Intervention Project was carried out having the Life Quality and Safety investigation as a guideline and aimed to contribute to the promotion of both safety culture and nursing care quality in pediatric context, by developing and implementing appropriate strategies to incident notifications.

Keywords: Infant and Pediatric Health Nursing; Child/Youth; Pediatric Patient Safety; Incident Notifications

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1-As nove soluções de segurança do doente	13
Figura 2.2- Classificação do incidente de acordo com o dano para o doente.....	15
Figura 3.1-Género	60
Figura 3.2- Idade dos participante.....	60
Figura 3.3- Caraterização dos inquiridos quanto ao grau académico e tempo de exercício profissional.....	61
Figura 3.4 - Conhecimento da existencia do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (notific@).....	64
Figura 3.5 -Tem conhecimeto de que o Sistema Nacional de Incidentes é anónimo e de carater não punitivo	64
Figura 3.6- Utilização da plataforma notific@.....	64
Figura 3.7 - Frequência de formação o âmbito da segurança do Doente/ Qualidade dos Cuidados em Saúde.....	65
Figura 3.8 - Frequência de notificação de incidentes.....	66
Figura 3.9 - Frequência de incidentes	67
Figura 3.10 - Frequência de incidentes experienciados ou com conhecimento e frequência de incidentes notificados no Sistema de Notificação, nos últimos 12 meses.....	69
Figura 3.11 - Obstáculos à notificação de incidentes	71

ANEXOS

ANEXO I - Autorização para a sua aplicação e adaptação do questionário aplicado no estudo de Paula Bruno (2010) “Registo de incidentes e eventos adverso: implicações jurídicas da implementação em Portugal”	106
ANEXO II - Certificado do European Pediatric Advanced Life Support (EPALS).....	108
ANEXO III – Certificado do XXIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva Pediátrica da Sociedade de Cuidados Intensivos Pediátricos da Sociedade Portuguesa de Pediatria	110

APÊNDICES

APÊNDICE A – Guia orientador de estágio – Serviço de Internamento de Pediatria	113
APÊNDICE B – Guia orientador de estágio – Centro de Desenvolvimento da Criança..	115
APÊNDICE C – Guia orientador de estágio – Consulta Hospitalar de Pediatria	117
APÊNDICE D – Guia orientador de estágio – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	119
APÊNDICE E – Guia orientador de estágio – objetivos e atividades transversais aos campos de estágio	122
APÊNDICE F – Poster – Estratégias não-farmacológicas no controlo da dor nos cuidados pediátricos	125
APÊNDICE G - Questionário adaptado do estudo de Paula Bruno (2010) “Registo de incidentes e eventos adverso: implicações jurídicas da implementação em Portugal”.	127
APÊNDICE H - Sessão de sensibilização sobre a Segurança Do Doente Pediátrico no CDC.	143
APÊNDICE I - Sessão de formação/ sensibilização sobre a segurança do doente pediátrico na UCIN.	161
APÊNDICE J - Formulário de relato de Incidentes.....	176
APÊNDICE K - Questionário de Satisfação do Utente da Consulta Externa de Pediatria.	180
APÊNDICE L – Resumo de Scoping Review: Análise da perceção dos pais quanto ao seu papel na identificação de incidentes durante a prestação de cuidados de saúde à criança.	186

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1.1. Evolução Histórica	5
1.2. Qualidade em Saúde	8
1.3. Segurança Do Doente	11
1.4. Notificação de incidentes e sistemas de notificação de incidentes	17
1.5. Qualidade dos Cuidados e Segurança do Doente em Pediatria	20
1.6. Desafios do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria	24
1.7. Cuidados de Enfermagem em Pediatria	26
2. PERCURSO FORMATIVO	31
2.1. Estágio Final	31
2.1.1. Módulo I – Serviço de Internamento de Pediatria	32
2.1.2. Módulo II – Centro de Desenvolvimento da Criança e Consulta Hospitalar de Pediatria.....	41
2.1.2.1. Centro de Desenvolvimento da Criança	41
2.1.2.2. Consulta Hospitalar de Pediatria	45
2.1.3. Módulo III - Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia	49
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO	56
3.1. Metodologia	56
3.2. Cultura de Notificação de Incidentes em Contexto Pediátrico	56
3.2.2. Diagnóstico da Situação.....	57
3.2.3. Caracterização da População-Alvo	59
3.2.4. Definição de Objetivos	61
3.2.5. Planeamento	62
3.2.6. Execução ou Implementação do Projeto.....	63
3.2.7. Avaliação.....	74
3.2.8. Divulgação dos Resultados	75

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	76
4.1.2. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	77
4.1.3. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	79
4.1.4. Domínio da Gestão dos Cuidados	80
4.1.5. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	81
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	83
4.2.2. Assiste a Criança/Jovem com a Família, na Maximização da sua Saúde.	84
4.2.3. Cuida da Criança/Jovem e Família nas Situações de Especial Complexidade... .	85
4.2.4. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.	87
4.3. Competências de Mestre	89
5. CONCLUSÃO	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

Siglas

APA - *American Psychological Association*

CCF - Cuidados Centrados na Família

CDC - Centro de Desenvolvimento da Criança

CHP - Consulta Hospitalar de Pediatria

CNT - Cuidados Não Traumáticos

DGS - Direção-Geral da Saúde

DM1 - Diabetes *Mellitus* tipo 1

EA - Eventos Adversos

EE - Enfermeira Especialista

EEESIP - Enfermeira Especialista Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EESIP – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EUROPEP - *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care*

IOM - *Institute of Medicine*

ISPAD - *International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*

NIDCAP - *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PNAS - Programa Nacional de Acreditação em Saúde

RN - Recém-nascido

SIP – **Serviço de Internamento de Pediatria**

SNNIEA - Sistema de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no culminar do percurso formativo, inserido no 5º Curso do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, ministrado na Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, tendo como finalidade, desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e competências de Mestre. O documento que agora se apresenta, constitui assim, um importante instrumento de reflexão e de análise, pretendendo descrever o percurso formativo, efetuado ao longo do Estágio final, visando a aquisição de conhecimentos e competências, para a prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família.

O percurso realizado, procurou dar resposta aos objetivos gerais do curso, sendo estes: desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde; promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos; capacitar para a governação clínica, liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados, nos diferentes contextos da prática clínica; contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.

Na redação deste Relatório, não será mencionado O Estágio I, uma vez que ao mesmo, foi atribuída creditação da experiência profissional, justificada por doze anos de experiência em contexto de urgência pediátrica, tendo sido apenas concretizado em termos curriculares, o Estágio Final.

O Estágio Final decorreu em diferentes contextos da prática clínica pediátrica, pretendendo garantir a aquisição de competências especializadas, nomeadamente, em ESIP, na prestação de cuidados à criança/ jovem e sua família, conforme designado nos regulamentos da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018; OE, 2019). O Estágio Final, ocorreu em distintos contextos de cuidados pediátricos, nomeadamente: num Serviço de Internamento de Pediatria, de 13 de setembro de 2021 a 22 de outubro de 2021, num Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) e num Serviço de Consulta Hospitalar de Pediatria, de 25 de outubro a 3 de dezembro de 2021 e por último numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, de 6 de dezembro de 2021 a 21 de janeiro de 2022.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece ao enfermeiro especialista competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados em determinada área de especialização, concretizando a sua atuação através de julgamento clínico e tomada de decisão ajustados à individualidade da pessoa. Certifica-se assim que o EE é capaz de identificar as

necessidades de saúde da pessoa e/ou comunidade e de atuar em qualquer contexto de vida e em qualquer nível de prevenção, envolvendo não só a prestação direta de cuidados, mas também a gestão, a liderança e a investigação (OE, 2019). Ao nível das competências específicas do EESIP pretende-se uma prestação de cuidados de nível avançado, segura e adequada e que rume ao encontro da satisfação das crianças e das suas famílias, “(...) procurando responder globalmente ao “mundo” da criança” (Kelly *et al*, 2007 citado OE, 2018, pg. 19192).

Um dos domínios de atuação do EE é a melhoria contínua da qualidade, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem. Este desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, assim como analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica, implementa medidas de prevenção e identifica práticas de risco, devendo adotar uma conduta antecipatória, garantindo a segurança (OE, 2019). Nos padrões de qualidade dos cuidados do EESIP, é imprescindível para a prestação de cuidados de elevado nível garantir e monitorizar a segurança dos mesmos (OE, 2017).

Este relatório pretende ainda dar visibilidade ao projeto de intervenção desenvolvido ao longo do estágio final. Este tipo de projeto é um plano de trabalho organizado, que permite estudar e resolver um problema que consistiu numa preocupação dos intervenientes (Ruivo *et al.*, 2010). Este projeto foi norteado pela linha de investigação Segurança e Qualidade de Vida, pretendeu-se que fosse uma atividade transversal a todos os contextos da prática clínica. Foi concretizado, de acordo com as etapas da metodologia de projeto, com o propósito da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e Segurança do Doente Pediátrico. Após a identificação do problema, sua contextualização e fundamentação, foram delineados, o objetivo geral e os objetivos específicos, sendo estes comuns a todos os campos de estágio.

Objetivo Geral:

- ✓ Contribuir para a promoção da cultura de segurança e qualidade dos cuidados de Enfermagem, em contexto pediátrico, através do desenvolvimento e implementação de estratégias adequadas à notificação de incidentes.

Objetivos Específicos:

- ✓ Conhecer a prática de notificação de incidentes dos enfermeiros;
- ✓ Identificar as barreiras à adesão à notificação de incidentes;
- ✓ Sensibilizar os enfermeiros para a importância da notificação de incidentes;
- ✓ Promover a adesão à notificação de incidentes junto dos enfermeiros.

Nos diferentes campos de estágio, de acordo com o diagnóstico de situação, foram desenvolvidas estratégias e atividades específicas, inerentes à segurança do doente pediátrico,

visando a importância do reconhecimento da ocorrência de incidentes e a promoção da notificação dos mesmos, pela equipa de enfermagem.

A Segurança dos Doente é um aspeto da qualidade dos cuidados em saúde, particularmente nos cuidados de saúde à criança/jovem e família. O interesse por esta temática pretende dar resposta a uma inquietude presente na prática profissional, onde, a Segurança do Doente pode ser colocada em risco, por diversos fatores, tais como: o aumento do número de doentes, o aumento da carga de trabalho e a falta de recursos, o que, conseqüentemente, compromete a dotação segura de enfermeiros e coloca em risco a segurança dos cuidados.

A Segurança do Doente tem sido considerada pelas organizações de referência uma área prioritária nos serviços de saúde, dado o seu impacto pessoal, social, profissional e económico. A notificação de incidentes surge como uma ferramenta primordial para a sua prevenção, possibilitando a identificação de situações potencialmente perigosas para o doente, que poderiam ou culminaram em dano para o mesmo. O relato de incidentes possibilita a construção de uma base de dados que, após a investigação e análise dos incidentes relatados, permite identificar os fatores desencadeantes e desenvolver ações que diminuam ou eliminem a ocorrência dos mesmos.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde mais próximos da criança/jovem e família, o que torna incontornável a sua preocupação e dedicação à segurança da criança e ao desenvolvimento de ações, para a prevenção de incidentes e melhoria contínua dos cuidados prestados. O enfermeiro destaca-se na prevenção de múltiplos incidentes evitáveis, tais como: erros de medicação, úlceras de pressão, falta de informação, quedas, infeções hospitalares, entre outros. Para melhorar a segurança do doente, as instituições de saúde precisam promover, criar e manter uma cultura positiva de segurança do doente (Granel et al., 2020).

A população pediátrica detém uma maior vulnerabilidade no que respeita à ocorrência de incidentes. Nos Estados Unidos da América a incidência de erros médicos em contexto pediátrico é de 9%. Apesar da carência de estudos sobre esta matéria em Portugal, estima-se que as unidades hospitalares nacionais apresentem nível de credibilidade similar aos dos outros países (Fragata, 2014, Silva et al., 2018).

O EESIP presta cuidados às crianças/jovens em ambientes cada vez mais complexos, o que pode resultar em múltiplas oportunidades para causar danos não intencionais. A conscientização sobre os riscos de segurança do doente pediátrico é fundamental, assim como, reconhecer e notificar incidentes. A Notificação de incidentes é uma ferramenta essencial para obter dados que permitam investigar e implementar mecanismos de prevenção, aumentando o nível de segurança da criança/jovem e família e conseqüentemente, dos profissionais de saúde.

O EESIP deve atuar como defensor e promotor das melhores práticas e políticas, com o intuito de identificar lacunas na segurança, apoiar uma cultura de segurança e liderar esforços para eliminar incidentes em qualquer contexto de cuidados pediátricos.

Importa ainda referir que o enfermeiro especialista e mestre, deve basear os seus processos de reflexão, conceptualização e investigação no corpo de conhecimento da disciplina de Enfermagem, uma vez que esta define e guia a sua prática. Falar da disciplina implica falar da sua evolução, situando grandes correntes do pensamento de Enfermagem, ou seja, os paradigmas que influenciaram as suas conceções. Segundo Kérouac et al, citado por Silva (2002) a evolução das escolas de pensamento é ilustrada em três paradigmas: categorização (fazer por...), integração (agir com....) e transformação (ser com...), nesta perspetiva os cuidados de enfermagem visam manter o bem-estar tal como a pessoa o define. Acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolher. A enfermeira e a criança/jovem e família tornam-se parceiros nos cuidados individualizados (Silva, 2002), sendo neste último aquele em que se pretende enquadrar a futura atuação do enfermeiro especialista SIP e mestre.

Na redação do trabalho foi realizada uma análise reflexiva e analítica do percurso realizado nos diferentes campos de estágio e, simultaneamente, procurou-se desenvolver a capacidade de síntese para as situações mais descritivas. Foi também ambição analisar as filosofias de cuidados e o quadro regulador da profissão que norteiam a prática clínica, expor sumariamente a evidência científica pertinente e apresentar as vivências mais significativas nos diferentes contextos.

O relatório encontra-se dividido em três secções: Enquadramento teórico, no qual serão abordados conceitos major relacionados com a temática: Qualidade na Saúde, Segurança do Doente e Notificação de Incidentes e a Segurança do Doente Pediátrico; seguido do percurso formativo com breve descrição das experiências de aprendizagem desenvolvidas em cada campo de estágio; seguido do desenvolvimento do projeto, passando por todas as etapas da metodologia. Seguido da reflexão sobre aquisição de competências comuns de EE, competências EESIP e de mestre; por último a conclusão.

A redação do relatório está em conformidade com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e cumpre as normas de citação e referência da 7ª edição da *American Psychological Association* [APA].

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Qualidade dos Cuidados em Saúde e a Segurança do Doente são dois conceitos indissociáveis e reciprocamente dependentes. Atualmente, evocam uma crescente preocupação para as organizações de saúde, decisores políticos e profissionais de saúde, cuja missão consiste na prestação de cuidados de saúde de alta efetividade, eficiência com base na melhor evidência científica disponível e centrados no doente procurando a sua total satisfação.

A prática de notificação de incidentes como requisito para a Segurança do Doente e a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde é uma prioridade absoluta no âmbito da prestação de cuidados e enquadra-se na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”. O que torna imperativo compreender a importância e a necessidade de intervir nesta temática.

1.1. Evolução Histórica

A primeira referência à Segurança do Doente foi evocada por Hipócrates a 470-360 a.C. com a conhecida expressão “*Primum non Nocere*” (Primeiro não causar dano), nesta época o exercício da Medicina era simples, naturalmente mais seguro e com menor risco associado (Fragata, 2011).

Em 1850, Florence Nightingale, a enfermeira mais famosa de todos os tempos, marcou a história mundial com as suas recomendações sobre higiene, formação e organização dos sistemas de saúde (Breigeiron & Ribeiro, 2021). Incitadora das significativas mudanças nos princípios e conceções das organizações de saúde que se fizeram sentir no século XIX, demonstrou, baseada em evidências, que a qualidade dos cuidados associada a padrões básicos de saneamento e higiene levavam à diminuição da mortalidade ao cuidar de soldados feridos na Guerra da Crimeia (Chun & Bafford, 2014). Nightingale destacou a importância da gestão de um ambiente físico favorável e da higienização das mãos para o bem-estar e segurança dos doentes que estavam ao seu cuidado (Fragata, 2011). Numa época, inaugural para os cuidados de saúde, Florence Nightingale percebeu o quanto eram determinantes as condições em que os cuidados de saúde eram prestados ao doente para a qualidade e resultados dos mesmos.

No início do século XX, o cirurgião Ernest Codman, reconhece a necessidade de examinar os resultados dos seus trabalhos cirúrgicos. Pioneiro no registo de erros relacionados com o diagnóstico, o tratamento de doenças e da ligação entre os erros e o resultado dos cuidados prestados com o objetivo da melhoria dos resultados. Este acreditava que a partir da identificação dos erros poderiam ser encontradas formas de os evitar. (Bruno, 2010; Fragata, 2011; Chun & Bafford, 2014).

Na década 60, do século XX, Avedis Donabedian apresenta a primeira definição de qualidade em saúde: “o tipo de prestação de cuidados no qual se espera a maximização do bem-estar do doente, depois de tomar em consideração o balanço entre os ganhos e as perdas esperados nas várias fases do processo de prestação de cuidados”(Donabedian, 2003 citado por Bruno, 2010, pg. 26). Donabedian define a gestão da qualidade com base na tríade - estrutura (características do sistema de prestação de cuidados de saúde), processos (quais os cuidados e como são prestados) e resultados (efeitos dos cuidados prestados). Na relação entre estas variáveis e como estas podem influenciar a melhoria dos cuidados em saúde. A avaliação da qualidade permitiu verificar que os erros acontecem maioritariamente a nível da estrutura e do processo, devendo a intervenção incidir nas pessoas, nos procedimentos e nos equipamentos (Bruno, 2010; Fragata, 2011).

No final do século XX, surgem as primeiras referências ao reconhecimento de que os hospitais não são locais seguros e de que os doentes estão sujeitos a riscos e danos decorrentes dos cuidados de saúde que recebem (Bruno, 2010; Barroso *et al.*, 2021). Em 1991, a publicação do estudo de *Harvard Medical Practice Study*, indicou que um elevado número de doentes sofria danos associados aos cuidados de saúde, identificando danos relacionados com a medicação, infeções associadas aos cuidados de saúde, complicações com técnicas e uma elevada percentagem associados a atos cirúrgicos, da mesma forma que os cuidados prestados não correspondiam aos padrões de boas práticas definidos (Bruno, 2010; Barroso *et al.*, 2021).

No início do século XXI, a temática da Segurança do Doente ganha verdadeiro destaque após a publicação do revolucionário relatório do *Institute of Medicine*, no ano 2000, designado “*To Err is Human: Building a Safer Health System*”, que estimou a morte de 44.000 a 98.000 doentes por ano nos hospitais dos Estados Unidos, devido a erros clínicos durante o tratamento, revelando que muitos desses erros seriam evitáveis (Bruno, 2010; Chun & Bafford, 2014; Barroso *et al.*, 2021), apresentando uma taxa de mortalidade superior à atribuída ao HIV, cancro da mama e acidentes de viação (Bruno, 2010; Fragata, 2011). No mesmo ano, o Departamento de Saúde do Reino Unido publica o artigo *An Organisation With a Memory*, divulgando que 10% dos doentes hospitalizados sofriam algum dano

desnecessário associado aos cuidados de saúde e revelando que a ocorrência de incidentes prolonga em média a hospitalização do doente em mais 7 dias, acarretando elevados custos associados a indemnizações (Bruno, 2010).

Estes documentos induziram nas instituições uma preocupação geral com as condições de prestação de cuidados de saúde, com a formação dos profissionais e os resultados obtidos dos cuidados prestados, impulsionando uma onda de mudança, com implementação de inúmeras estratégias e *guidelines* direcionadas para a melhoria da Qualidade dos Cuidados em Saúde. Reconhece-se então, que a prestação de cuidados em saúde sem danos ou complicações para o doente é uma prioridade e que a segurança é uma das dimensões fundamentais da Qualidade dos Cuidados em Saúde. O conceito de Segurança passou a integrar a definição de Qualidade em Saúde de Donabedian. O conceito de Segurança do Doente resume-se à ausência de dano acidental, através de processos que visam a diminuição da probabilidade de ocorrência de erros e aumentam a probabilidade de prevenção dos mesmos (Bruno, 2010). Em 2001, o *Institute of Medicine* incluiu na noção de qualidade dos cuidados em saúde a expectativa do doente, valorizando a sua opinião sobre os cuidados de saúde que recebeu (Bruno, 2010).

Em 2004, a OMS cria a Aliança Mundial para a Segurança do Doente, com o intuito de favorecer discussões sobre o tema e estimular o desenvolvimento de ações em proveito da segurança do doente e da redução da ocorrência de incidentes. Foram instituídos vários programas em distintas áreas de atuação, com o objetivo de que as instituições e profissionais de saúde trabalhassem os aspetos relativos a esta problemática (Fragata, 2011; OMS, 2005). Em 2009, surge a Estrutura Concetual da Classificação sobre Segurança do Doente, permitindo definir universalmente conceitos referentes à temática da segurança nos diversos contextos de cuidados de saúde (DGS, 2011).

A nível nacional, em 2009, foi criado o Departamento da Qualidade em Saúde, para gerir e dar resposta a todas as questões relacionadas com a Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança do Doente. Apesar de todo o trabalho já desenvolvido, esta é uma temática ainda muito incipiente. Um estudo realizado em três hospitais na área da grande Lisboa, mostrou uma taxa de incidência de eventos adversos de 11,1%, sendo que cerca de 53,2% desses incidentes poderiam ter sido evitados (Sousa et al., 2014). No relatório publicado pela Comissão Europeia (2014), estimava-se que 8-12% dos doentes internados nos hospitais estavam sujeitos à ocorrência de um evento adverso (*European Union*, 2014).

Em 2019, a OMS assinala pela primeira vez o dia Mundial da Segurança do Doente, a 17 de setembro. É promovida a companhia global – Segurança do Doente: uma prioridade de saúde global, com o lema *Speak up for patient safety!* (Fale pela segurança do doente!) “no

sentido de consciencializar o mundo sobre a importância da Segurança do Doente e incentivar todas as pessoas a assumirem o seu compromisso para tornar a saúde mais segura (Barroso *et al.*, 2021, pg. 4).

1.2. Qualidade em Saúde

A preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde oferecidos à sociedade atravessa toda a história da medicina, sendo esta cada vez mais valorizada. A nível mundial a melhoria da qualidade, o acesso e o controlo dos custos nos serviços de saúde é hoje uma questão prioritária para os *stakeholders*. O acesso a cuidados de saúde de qualidade é um direito fundamental do cidadão (DGS, 2012).

No atual contexto marcado por imposições relacionadas com o elevado custo dos cuidados de saúde associado à inovação tecnológica, ao aumento da carga de trabalho dos profissionais de saúde e ao progressivo envelhecimento da população com múltiplas doenças crónicas, emergem preocupações voltadas para a qualidade dos cuidados e das instituições de saúde, sendo desenvolvidas ações direcionadas à melhoria contínua e responsabilidade dos cuidados (Sousa & Mendes, 2019).

O conceito de qualidade dos cuidados em saúde tem-se modificado ao longo dos tempos, incluindo novas componentes. Embora tradicionalmente o foco central da discussão da qualidade dos cuidados em saúde seja a eficiência e a efetividade, ao longo do tempo, foram agregadas outras componentes, como a segurança, a centralidade dos cuidados no doente e o respeito pelos seus direitos (Sousa & Mendes, 2019).

Segundo Donabedian, em 1980, o cuidado de qualidade “...era aquele que maximizava o bem-estar do paciente, após considerar o balanço entre os ganhos e perdas esperados em todas as etapas do processo de cuidado” (Sousa & Mendes, 2019, pg. 30).

O *IOM*, em 2000, define qualidade em saúde como “o grau com que os serviços de saúde disponíveis para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual” (Barroso *et al.*, 2021, pg.19).

Em, 2001, o *IOM* estabelece como componentes fundamentais para a Qualidade em Saúde: a segurança, a acessibilidade, a eficácia, a eficiência, a equidade e a centralidade no doente. Defende a prestação de cuidados de saúde sem danos colaterais para os doentes, atempada, evitando demoras, baseada na evidência científica atual e boas práticas, evitando

desperdícios, sem discriminação, dando resposta às necessidades individuais e específicas de cada indivíduo (Fragata, 2011; Barroso *et al.*, 2021).

Na Qualidade em Saúde a Segurança do Doente é uma componente essencial e indissociável, à qual se associa a componente Satisfação do Doente, centrada na satisfação das expectativas e na agradabilidade dos cuidados prestados ao doente. Esta componente mais recente, tudo tem a ver com a segurança, dado que nenhum doente ou familiar sairá satisfeito se for alvo de algum incidente ou complicação durante a utilização dos serviços de saúde, tal como nenhum administrador ficará satisfeito com o aumento da demora dos cuidados, incrementos dos custos e a delapidação da sua reputação (Fragata, 2011).

Segundo Fragata (2011), qualidade em saúde pode ser representada, de modo simples, pela triangulação da efetividade dos cuidados (eficácia + eficiência); experiência do doente (satisfação do doente); segurança dos cuidados (ausência de complicações). Este destaca a importância da total transparência interna e externa sobre a qualidade e segurança dos serviços, sendo esta indutora de maior confiança no sistema e nos seus participantes (Fragata, 2011). Qualidade em saúde, pode ser definida como a qualidade de qualquer bem de consumo, um nível de cuidados que se aproximasse das expectativas dos consumidores e interessados (Fragata, 2011).

No Plano Nacional de Saúde 2012-2016 a Qualidade em Saúde foi definida como “a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão” (DGS, 2013, pg. 47). O que impôs adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível das instituições e profissionais de saúde (DGS, 2013).

Neste sentido, a qualidade em saúde é compreendida como um conjunto de atributos com nível de excelência que permite ao doente e sua família um elevado grau de satisfação pelo uso de recursos eficientes (Melgarejo *et al.*, 2019).

Os dados recolhidos pelo *Gallup World Poll* no âmbito da qualidade dos serviços de saúde disponibilizados em Portugal, mostra que em 2020, 67% da população se encontrava satisfeita com a qualidade dos serviços disponibilizados na sua área de residência, abaixo dos 71% da média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (DGS, 2021).

Os princípios da melhoria da qualidade incluem a liderança, a abordagem por processos, tendo por base um conjunto de atividades-chave alinhadas e interrelacionadas, e a tomada de decisão baseada em factos. Na Gestão da Qualidade, Edward Deming,

conhecido como um dos pilares da Gestão da Qualidade, identifica 14 pontos, dos quais se destaca: a formação, a supervisão, a liderança, a comunicação e o trabalho de equipa como pontos-chave para a boa gestão da qualidade (Barroso *et al.*, 2021).

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados em saúde deve integrar a rotina dos profissionais de saúde e gestores das instituições. A meta de qualquer sistema de gestão da qualidade é providenciar serviços ao melhor nível possível e oferecer cuidados segundo um padrão de qualidade elevado, sendo o resultado esperado a redução do risco e melhoria da segurança do doente. A existência de bons sistemas e processos de qualidade, que se entende pela definição de políticas e de procedimentos, promoção de formação, melhoria de estruturas nas instituições de saúde, conduz à redução da ocorrência de falhas e consequentemente de incidentes. Do mesmo modo que, a existência de fracos sistemas de qualidade e de não conformidade na prática aumentam a possibilidade de ocorrência de incidentes (Barroso *et al.*, 2021).

Para alcançar a qualidade nos cuidados em saúde é fundamental o investimento nas pessoas, capacitando e motivando-as para a cultura de Segurança do Doente, "...uma vez que o ser humano é o diferencial competitivo de cada instituição" (Malgarejo *et al.*, 2019, pg. 10). Desta forma, torna-se essencial o desenvolvimento de instrumentos padronizados no que se refere a: procedimentos clínicos, informação, indicadores da qualidade, monitorização e avaliação, formação e gestão dos serviços de saúde.

A valorização do doente enquanto participante ativo no seu processo saúde/ doença leva à preocupação com a sua satisfação. Um doente satisfeito com os cuidados recebidos é um doente que está disponível para investir no seu processo de tratamento e na sua saúde. Nas recomendações do *IOM*, a satisfação é individual, pelo que, destaca a prestação de cuidados de saúde individualizados como o caminho a percorrer para a maximização da qualidade dos cuidados em saúde (OMS, 2021).

A meta para, atingir a Qualidade em Saúde, na maioria dos sistemas de saúde é capacitar os utilizadores (doentes e familiares) para que estes desempenhem um papel ativo na identificação de fontes de risco e de danos potenciais, ajudando a projetar sistemas mais seguros, além de um total envolvimento nos seus próprios cuidados de saúde para evitar danos e reduzir o risco no atendimento de saúde (OMS, 2021).

1.3. Segurança Do Doente

Segundo a OMS, ocorre um incidente evitável a cada dez doentes durante a utilização dos serviços de saúde. Estimando-se que, mundialmente, cerca de 4,2 milhões de doentes por ano sofrem danos ou morte devido a cuidados de saúde inseguros ou erros.

Nas últimas duas décadas, a segurança do doente tornou-se uma preocupação a nível mundial, frequentemente abordada pela comunicação social, é um aspeto central na prática clínica e um elemento-chave na garantia de sistemas de saúde eficientes (Barroso et al, 2021). Esta destacada como uma necessidade premente, pelo editorial do jornal *The Lancet* – “*Patient safety is not a luxury*”, “Segurança do paciente não é um luxo”, onde é reforçada a importância de se estruturar sistemas e ambientes nos serviços de saúde eficientes na promoção da redução/eliminação do erro nos cuidados em saúde.

Segundo Fragata (2011), a Segurança do Doente é um “(...) é da maior atualidade e é também uma dimensão fundamental na definição de qualidade nos cuidados de saúde (...) e será o grande desafio do século XXI” (pg. 307). O mesmo reforça que a segurança dos cuidados de saúde tem extensas implicações éticas e morais, promove a confiança, fortalece a reputação dos profissionais e instituições de saúde e tem um impacto económico positivo, favorecendo a economia na saúde (Fragata, 2011).

De acordo com a OMS, a segurança do doente é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável alude ao viável diante do atual conhecimento, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada valorizando o risco de não receber o tratamento ou de receber outro tratamento (DGS, 2011).

Embora a Segurança do Doente seja apenas uma das seis componentes da qualidade em saúde definidas pela *National Academy of Medicine*, é sem dúvida uma das mais importantes (Barroso et al., 2021; Miller et al, 2011; Mueller et al., 2019; Sousa & Mendes, 2019). A segurança é uma componente *sine qua non* para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, pelo que a preocupação com a Segurança do Doente, assume um lugar privilegiado como um obstáculo superável para melhorar a qualidade nos cuidados prestados ao doente (Sousa & Mendes, 2019).

Segundo Barroso et al.(2021), o conceito de Segurança do Doente é um conceito em evolução e os profissionais e as instituições de saúde “(...) têm a responsabilidade de promover cuidados de saúde mais seguros e um ambiente seguro, identificando e analisando atempadamente eventuais falhas de segurança que mereçam uma mudança e a

implementação de medidas de melhoria” (2021, pg. 8). Assim como, se exige aos profissionais e instituições de saúde uma atitude humanizada e de transparência, acrescentado que o doente e família tem o direito de conhecer toda a verdade sobre o seu processo de saúde (Fragata, 2011; Barroso *et al.*, 2021).

Nos últimos 25 anos, foram realizados diversos estudos sobre a frequência e a natureza dos incidentes em doentes internados nos hospitais, em diferentes países. A maioria dos estudos foram realizados com base na incidência e prevalência da informação contida nos processos clínicos, cujos resultados permitiram conhecer a dimensão do problema e desenvolver soluções para a sua prevenção (Sousa & Mendes, 2019).

A Organização Mundial de Saúde, consolidou um programa voltado para a segurança do doente, sendo responsável por inúmeras iniciativas no campo da educação, investigação e no desenvolvimento de uma taxonomia específica, ferramentas e campanhas, tais como: “Higienização das mãos” e “Cirurgia segura salva vidas” (Sousa & Mendes, 2019).

Em 2004, a OMS criou o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), com o objetivo de avaliar a segurança do doente nos serviços de saúde. Este grupo estabeleceu sete passos essenciais para melhorar a Segurança dos Doentes:

1. Construir uma cultura de segurança aberta e justa;
2. Liderar e apoiar os profissionais, estabelecendo um foco de atuação forte e claro na Segurança do Doente;
3. Gerir o risco de forma integrada, desenvolvendo sistemas e processos que permitem identificar lacunas e gerir os riscos;
4. Promover notificação de incidentes, garantindo que os profissionais podem relatar facilmente incidentes a nível local e nacional;
5. Envolver e comunicar com os doentes e o público, desenvolvendo forma de comunicar e partilhar ativamente;
6. Aprender e partilhar lições de segurança, incentivar a equipa a usar a análise causa raiz para saber como e porque os incidentes acontecem;
7. Implementar soluções para a prevenção dos incidentes, aprender com erros, implementando mudanças, processos e sistemas na prática (National Patient Safety Agency, 2004).

Entre as estratégias destaca-se a mudança de cultura de segurança das organizações de saúde. A passagem de uma cultura de culpabilização do indivíduo para a cultura de segurança e de aprendizagem com o erro, através da criação de Sistemas de Notificação de Incidentes confidenciais, incentivo ao relato de incidentes pelos profissionais, análise dos incidentes relatados e divulgação dos resultados para que outros profissionais e doentes possam beneficiar das recomendações produzidas. A notificação voluntária de incidentes, em plataformas é uma das medidas implementadas para a melhoria da qualidade de serviços de saúde e na prevenção de incidentes, em diversos países (Sousa & Mendes, 2019). No entanto passadas quase duas décadas o medo da punição e da culpabilização ainda está presente na realidade nacional e internacional, tornando-se necessária a criação de mecanismos de proteção da informação produzida sobre a Segurança do Doente (Barroso et al., 2021).

Em 2007, a parceria entre a OMS e a *Joint Commission International (JCI)*, publicou “*Patient Safety Solutions*” (Soluções de Segurança do Doente) com as quais pretendeu dar um contributo e apoio para a sistematização de medidas preventivas e a implementação de políticas em áreas identificadas como problemáticas na Segurança do Doente. Este conjunto de nove soluções (figura 2.1), que percorrem os problemas identificados, apresentam a evidência que suporta as soluções propostas; identificam as potenciais barreiras à sua implementação; descrevem os riscos potenciais; e fazem referência ao papel do doente e família para cada uma delas. Estas soluções são uma referência na prestação de cuidados de saúde para os profissionais e instituições. Simples mudanças nas práticas diárias dos profissionais de saúde, podem evitar incidentes graves (Sousa & Mendes, 2019).

Figura 2.1-As nove soluções de segurança do doente

As nove soluções de Segurança do Doente
Gestão de medicamentos de aspeto e nome semelhante (medicamentos LASA)
Identificação do doente
Comunicação durante a transição de cuidados
Realização do procedimento correto no local correto
Controlo das soluções concentradas de eletrolíticos
Conciliação medicamentosa
Evitar erros nas conexões de cateteres e tubos
Uso único de dispositivos injetáveis
Melhorar a higiene das mãos para prevenir infeções associadas aos cuidados de saúde

Fonte: Sousa & Mendes, 2019

A OMS (2011), publica a Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (CISD), apresentando uma taxonomia específica sobre o tema, com o objetivo de conceber uma linguagem com significados comuns para facilitar a discussão e a pesquisa. Esta envolve a identificação, classificação e descrição das razões da ocorrência de falhas que acontecem nos serviços de saúde, contribuindo para a melhoria da comunicação, entre todos os que se interessam e preocupam com a Segurança do doente. A utilização uniformizada de conceitos relacionados com a Segurança do Doente, faz com que todos os profissionais possam utilizar a mesma linguagem e percebam o que cada um quer dizer, contribuindo para que, quem investiga os incidentes, compreenda corretamente a descrição do incidente. Dos 48 conceitos definidos pela OMS destacam-se os seguintes:

Segurança do Doente definida por iniciativas que visam a prevenção e a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados em saúde para um mínimo aceitável.

Incidente de Segurança do Doente é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente. Incidente pode ser classificado em uma ocorrência comunicável, um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente que envolva danos (evento adverso).

Ocorrência comunicável é uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente;

Quase evento (*near miss*) é um incidente que não alcançou o doente;

Evento sem danos é um incidente em que um evento chegou ao doente, mas não resultou em danos discerníveis;

Incidente com danos (evento adverso) é um incidente que resulta em dano para o doente. (DGS, 2011, pg. 15). Alguns dos conceitos apresentados encontram-se descritos e exemplificados (figura 2.2).

O verdadeiro desafio ao enfrentar um incidente é conhecer o seu contexto, entender as causas da sua origem, encontrar soluções para a resolução e evitar repetições futuras, deste modo contribuir para a gestão do risco, promovendo uma cultura de segurança nas instituições de saúde. É fundamental a compreensão por parte dos gestores das instituições de saúde, de que os incidentes são muitas vezes causados por falhas no sistema, e não só pela intervenção do profissional (Fragata, 2011). Nesta perspectiva, mais do que procurar culpados, é necessário identificar as fragilidades existentes no processo, adotando medidas preventivas.

Segundo Kohn, Corrigan, Donaldson citados por Sousa e Mendes (2019), os incidentes, especialmente os eventos adversos, decorrentes dos cuidados de saúde prestados em contexto hospitalar, são maioritariamente ocasionados pela equipa de profissionais de saúde, desencadeados por fatores como o excesso de carga de trabalho dos profissionais de saúde, equipa de trabalho reduzida e material insuficiente ou inadequado para execução de procedimentos (Sousa & Mendes, 2019). O silêncio da equipa sobre as questões de segurança também é indicado como fator importante para a falta de elucidação sobre a complexidade da natureza e segurança dos cuidados de saúde (Sousa & Mendes, 2019).

Os profissionais de saúde que prestam cuidados aos doentes, especialmente os enfermeiros, são elementos-chave no processo de prevenir os erros e impedir más decisões, referente aos cuidados, assumindo um papel de liderança na implementação de estratégias para promover a segurança e qualidade dos cuidados de saúde. É imprescindível repensar a prática, e saber que é possível reduzir complicações para o doente.

Figura 2.2- Classificação do incidente de acordo com o dano para o doente.

Classificação do incidente de acordo com o dano para o doente		
Termo	Definição	Exemplos
Ocorrência comunicável	É uma situação com potencial significado para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente.	O enfermeiro ao realizar a verificação diária do funcionamento de um desfibrilhador, deteta que este não tem a bateria carregada e se fosse necessário utilizar o mesmo numa emergência este não iria funcionar.
Quase evento (near miss)	É um incidente que não alcançou o doente.	O doente vai ser intervencionado a uma cirurgia no joelho direito e o enfermeiro na admissão no bloco quando aplica a lista de segurança cirúrgica verifica que o cirurgião marcou o joelho esquerdo.
Evento sem dano	É um incidente em que um evento chegou ao doente, mas não resultou em danos discerníveis.	O enfermeiro coloca a componente de sangue em curso no doente e quando realiza registo no processo verifica que não estava prescrita para este doente, no entanto os doente são do mesmo grupo sanguíneo pelo que não provocou qualquer tipo de reação transfusional.
Incidente com dano (evento adverso)	É um incidente que resulta em dano para o doente.	Um doente sofre uma queda, bateu com a cabeça, aparentemente sem consequências e passadas algumas horas apresenta deterioração do seu estado, realiza uma TC CE e apresenta um hematoma subdural extenso e irrevisível, culminando na sua morte.

Fonte: Adaptado de Barroso et al., 2021

Os cuidados de saúde prestados da forma adequada, com base na melhor evidência podem reduzir e até eliminar a ocorrência de incidentes ou eventos adversos, prevenindo e minimizando qualquer consequência e danos para o doente (Lima *et al.*, 2018). As instituições de saúde que realizam as suas práticas baseadas em evidências, mediante processos padronizados, protocolos, *checklist* e *guidelines* demonstram preocupação em desenvolver

práticas seguras. Sendo basilar uma prestação de cuidados uniformizada para evitar ocorrências de variações e incidentes em todas as situações e os processos de cuidados devem ser delineados para alcançar alta confiabilidade (Lima *et al.*, 2018).

Comparativamente aos restantes países da União Europeia, Portugal vem referido como o terceiro país onde existe uma maior perceção da população sobre a probabilidade de ser prejudicado pelos serviços de saúde. No entanto, no que refere a percentagens do número de vezes que foi experienciado ou notificado um evento adverso em saúde, localiza-se nos últimos quatro lugares. E apesar de Portugal ter instituídas políticas e programas direcionados para a Segurança do Doente, a notificação de incidentes é ainda reduzida, assim como a inexistência de formação e treino dos profissionais de modo sistemático e disseminado (*European Union*, 2014).

O Relatório de Segurança do Doente – Avaliação de Cultura nos Hospitais Portugueses, apresentado pela Direção Geral de Saúde, em 2015, confirma que a cultura de notificação de incidentes nos hospitais é reduzida, acrescentado que a subnotificação de incidentes de segurança é uma realidade internacional, sendo necessária a melhoria da cultura de notificação e de aprendizagem com o erro nas instituições de saúde (despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, pg. 3882-9).

O Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2015-2020 preconizava que a melhoria contínua da qualidade aplicada à segurança do doente devia identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desenvolver. Tendo como objetivo melhorar a prestação de cuidados de saúde seguros em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro). De acordo com esta premissa, a qualidade e a segurança na prestação cuidados constituem um exigente desafio das organizações de saúde.

O Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da OMS, veio reforçar a necessidade de destacar, na agenda das políticas de saúde, a importância da segurança do doente.

No novo PNSD 2021-2026 é reconhecido que a segurança do doente é um desafio ininterrupto dos sistemas de saúde e da sociedade portuguesa, ancorado na legislação existente e também nos vários compromissos nacionais e internacionais assumidos. Este tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo os contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (Despacho n.º 9390/2021 de 14 de setembro)

Segundo a DGS, Portugal ainda existe um longo caminho a percorrer na promoção da Segurança do Doente nos vários níveis de cuidados. Nos últimos anos a DGS, instituições de saúde e, principalmente, os profissionais de saúde têm vindo a tomar maior consciência da importância da Cultura de Segurança do Doente (Barroso *et al.*, 2021).

1.4. Notificação de incidentes e sistemas de notificação de incidentes

Os incidentes em saúde são um grave problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de morte nos hospitais e acarretam um elevado ónus económico, tornando-se inadiável a identificação, notificação e análise dos incidentes em saúde, com o objetivo de redução e eliminação dos mesmos através de medidas corretivas, recorrendo a políticas de gestão do risco.

A notificação de incidentes é considerada uma das ferramentas mais eficazes na identificação dos riscos, perigos e vulnerabilidades das instituições de saúde e permite a partilha de aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio).

A OMS, define a cultura de segurança de numa instituição de saúde como “(...) conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e a ação relativa às questões da segurança do doente.” (Despacho n.º 9390/2021 de 14 de setembro, pg. 99). A notificação de incidentes deve fazer parte da cultura de Segurança do Doente, uma cultura geral de curiosidade e compreensão dos incidentes e dos fatores desencadeantes dos mesmos, de determinação em expor todas as fontes de risco ao doente, associadas a uma boa compreensão das regras, de processos de investigação e de métodos eficazes para implementar mudanças com base na aprendizagem para melhorar a Segurança do Doente (OMS, 2020). A notificação de incidentes permite identificar falhas e erros no processo da prestação de cuidados de saúde, sendo o objetivo principal a aprendizagem organizacional, possibilitando aquisição, criação e aplicação de conhecimento válido sobre os riscos contribuindo para melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A aprendizagem produzida com a notificação de incidentes torna-se mais proveitosa quando o foco da notificação inclui não só os eventos adversos, mas também os Near Misses e as situações potencialmente geradoras de perigo para o doente (Lima, 2018).

O relato do incidente é a evidência documentada do mesmo, assim como relatar um incidente que envolve um erro individual ou sequência de erros de uma equipa, é um ato de coragem e mas também é um dever moral, ético e deontológico (Barroso *et al.*, 2021).

A OMS, em 2004, com a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Doente, estabeleceu diversos programas com diferentes áreas de atuação, para que todos os aspetos relativos a esta problemática pudessem ser trabalhados pelas instituições de saúde e pelos próprios profissionais (Fragata, 2011; OMS, 2005). O desenvolvimento e implementação de Sistemas de Notificação de Incidentes destacou-se como denominador comum entre as estratégias que diversos países e/ou organizações de saúde definiram para melhorar a Segurança do Doente (Sousa & Mendes, 2019). Sendo o principal objetivo promover a aprendizagem contínua, através da investigação e análise de dados obtidos dos incidentes notificados, disseminar e implementar recomendações que promovam mudanças nas organizações de saúde, com vista à redução e eliminação de incidentes similares no futuro (OMS, 2005).

Nas recomendações da OMS, os princípios fundamentais subjacentes para o desenvolvimento de Sistemas de Notificação de Incidentes são:

- A segurança do doente e aprendizagem com os erros e falhas do sistema de saúde;
- A notificação deve ser segura. Quem notifica não deve ser punido ou sofrer qualquer efeito nocivo da denúncia;
- A notificação só tem valor se conduzir a uma resposta construtiva. O que envolve o feedback dos resultados da análise de dados e, idealmente, inclui recomendações para mudanças nos processos e sistemas de assistência em saúde.
- Análise do incidente deve levar à aprendizagem e disseminação das informações aprendidas. Para o qual se requer perícia, recursos humanos e financeiros. Quem recebe as notificações, deve analisá-las e ser capaz de disseminar informações, fazer recomendações para mudanças e informar o desenvolvimento de soluções. (OMS, 2005).

Os benefícios dos Sistemas de Notificação de Incidentes são simples e prendem-se com a possibilidade de aprendizagem com os incidentes ocorridos e notificados, com a monitorização de padrões que permitam a identificação precoce de potenciais riscos para o doente e a construção de uma base de dados atualizada com informação sobre as causas dos incidentes ocorridos e identificados (Bruno, 2010).

Estes sistemas possibilitam às instituições manter políticas de gestão do risco e segurança do doente atualizadas e ser proativas na adoção de medidas preventivas e

corretivas para evitar a ocorrência e repetição de incidentes, assim como manter registos atualizados e fidedignos no caso de processo judicial (Bruno, 2010).

Em Portugal, desde 2012 que a DGS implementou o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA), destinada à gestão de incidentes ocorridos no serviço de saúde, na qual o profissional de saúde ou o cidadão pode notificar incidentes relacionados com a:

- ✓ prestação de cuidados de saúde;
- ✓ violência contra profissionais de saúde ocorrida no local de trabalho;
- ✓ utilização de dispositivos médico perfurantes.

A construção desta plataforma teve como principal foco simplificar e melhorar o sistema de notificação com base nos princípios basilares: aprendizagem a partir de falhas do sistema de saúde; deve ser seguro, sem consequências para os profissionais e a notificação só é válida se conduzir a uma resposta construtiva, esta deve disseminar informação, criar recomendações, mudanças e propor soluções. Sendo apresentada como uma plataforma anónima, confidencial e não punitiva de gestão de incidentes, na qual a notificação do profissional ou do cidadão é voluntária. O seu principal objetivo é a análise das causas do incidente e o desenvolvimento de medidas para eliminar e evitar a repetição de situações geradoras de dano, real ou potencial ao doente (DGS, 2012).

Em 2014, a DGS reformula e reconfigura o sistema SNNIEA, passando este a designar-se Sistema Nacional de Incidentes - NOTIFIC@. Este novo sistema mantém os pressupostos do anterior, mantendo-se como uma plataforma anónima, confidencial e não punitiva, de notificação voluntária, com o intuito de promover a notificação entre os profissionais, reforçar a gestão do risco e diligenciar as alterações necessárias para prevenir ou mesmo eliminar a sua ocorrência (despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro).

A adesão à notificação pode ser associada à forma e ao tipo de formulário disponibilizado, devendo este ser simples e conciso nas informações que solicita (Barroso et al., 2021). O formulário deve ser preenchido com a máxima informação possível sobre o incidente de segurança em causa, incluindo a sua descrição e classificação de acordo com a sua natureza e deve ainda incluir fatores contribuintes e qual a gravidade do dano ao lesado (nenhuma, ligeira, moderada, grave ou morte), e uma descrição sobre a intervenção do profissional ou equipa acerca do ocorrido e a conduta adotada para a mitigação dos danos associados (Barroso et al., 2021).

A informatização dos sistemas de notificação de incidentes vem substituir processos em papel com um circuito administrativo pesado. Estas plataformas informatizadas permitem

que a informação do relato do incidente fique mais facilmente acessível aos grupos de análise e torna possível a análise conjunta em tempo útil (Barroso et al., 2021).

A subnotificação de incidentes é ainda uma realidade nacional e internacional, apesar da investigação nesta área mostrar que cerca de 10% dos doentes são vítimas de um incidente durante a utilização dos serviços de saúde, a OMS declara que alguns erros passam despercebidos e muitos não são registados apesar de provocarem danos irreversíveis no doente, inclusive a morte (OMS, 2008). A utilização da plataforma – *notific@*, mostra uma ligeira crescente percentagem de notificação de incidentes por ano, no entanto, muito longe de representar a verdadeira realidade nacional, existindo ainda longo caminho por percorrer na melhoria do sistema de notificação, para que se consiga aumentar a adesão à notificação de incidentes e os registos consigam refletir a realidade nacional (DGS, 2014).

Neste sentido, o PNSD 2021-2026, destaca como um dos seus pilares, a prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente, tendo como objetivo aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no sistema *notific@*, para o qual se propõe promover o incentivo a notificação de incidentes de segurança do doente, no sistema *notific@*, de farmacovigilância e hemovigilância, recorrendo a ações de formação e disponibilização de instrumentos facilitadores; integrar a notificação de incidentes de segurança do doente nas metas de contratualização das instituições de saúde; e pretende publicar, divulgar e implementar o enquadramento legal para a confidencialidade e proteção do notificador (Despacho n.º 9390/2021 de 14 de setembro).

Este último ponto, pretende regulamentar aquilo que atualmente é um “acordo de cavalheiros”, não existe garantias legais de confidencialidade e não punibilidade no sistema *notific@*. Apesar da comunidade científica e organizações internacionais, como OMS e EU, apontar a confidencialidade e não punibilidade, ou seja, a base é não recriminatória, como os princípios fundamentais que devem nortear a criação de sistema de notificação. Vários estudos internacionais revelam o medo dos profissionais de saúde em notificar incidentes, especialmente eventos adversos que ocorrem no decorrer da prestação de cuidados, porque receiam vir a ser punidos e responsabilizados pela ocorrência notificada (Barroso *et al.*, 2021).

1.5. Qualidade dos Cuidados e Segurança do Doente em Pediatria

A segurança da criança é um direito fundamental desta e um dos principais pilares para o seu desenvolvimento harmonioso.

Cuidar da criança/jovem e sua família implica poder influenciar de alguma forma o seu futuro. A criança encontra-se em fase de desenvolvimento e experimentação face ao mundo que a rodeia e a necessidade de recorrer a cuidados de saúde, nomeadamente, a sua hospitalização, torna-se um evento com impacto bastante representativo e stressante, alterando o seu quotidiano e da sua família. A primeira impressão que a criança e a família têm da unidade de saúde, é a de um ambiente hostil e muitos rostos desconhecidos, somando as intervenções inerentes aos cuidados de saúde, que causam dor e desconforto, tais como: a punção venosa, uso de medicamentos, cirurgias, entre muitas outras (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

O ambiente hospitalar que recebe a criança/jovem implica pressupostos que são essenciais na base de todo o cuidado de enfermagem, como procura constante da empatia na construção de uma comunicação eficaz, adaptada à idade e cultura da criança e família (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Desta forma um ambiente hospitalar seguro e afetuoso é fundamental para que a criança e família se sintam familiarizadas, proporcionando uma melhor adaptação e maior segurança, possibilitando uma recuperação mais rápida (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020) e minimizando a possibilidade de agressões físicas e emocionais para a criança/jovem e família reduzindo a ocorrência de incidentes.

Quando se investiga fatores de risco favoráveis à ocorrência de incidentes as crianças estão na linha da frente, sendo estas três vezes mais afetadas que os adultos, principalmente quando os incidentes envolvem a medicação (*National Patient Safety Agency, 2009*).

Apesar do esforço das instituições e profissionais de saúde para prestar cuidados seguros, eficientes e acessíveis num ambiente de ritmo acelerado, o conhecimento sobre os incidentes em pediatria permanece inadequado e estima-se que, anualmente, aproximadamente 70.000 crianças são prejudicadas devido a incidentes e mais de metade destes incidentes seriam evitáveis (Lemon & Stockwell, 2012).

Nos Estados Unidos da América a incidência de erros médicos em contexto pediátrico é de 9%, sendo que destes, 5% ocorrem em unidades com tratamentos emergentes. No estudo realizado no Canadá, num Hospital Universitário (2008- 2009), relava uma incidência dos incidentes 9,2% na criança, quando comparada com o adulto 7,2%. Na revisão dos processos clínicos num hospital pediátrico, realizada por Matlow (2011), apurou-se que 15% das crianças hospitalizadas sofre um dano relacionado com os cuidados aos quais são submetidas, mais de um terço eram recém-nascidos (Matlow et al., 2011). Em Portugal, apesar da carência de estudos sobre este tema, estima-se que as instituições de saúde apresentem nível de fiabilidade similar aos dos outros países (Silva *et al.*, 2018).

Segundo Mueller (2019), apesar do conhecimento desenvolvido sobre a segurança do doente pediátrico e o aumento da conscientização dos danos provocados ao doente pediátrico, nos últimos anos, os incidentes nos cuidados às crianças/jovens ainda são comuns e não revelam uma descida significativa. Afirmando que, atualmente, os incidentes em saúde afetam cerca de um terço das crianças hospitalizadas (Mueller *et al*, 2019).

Segundo Maltow (2011), a ocorrência de eventos adversos e erros é superior em contexto de urgência e cuidados intensivos. Nestes contextos, a imaturidade dos sistemas orgânicos da criança, aliada a uma condição de doença que predispõe a criança à necessidade de cuidados de saúde complexos, onde a abordagem do doente pediátrico é realizada por uma equipa multidisciplinar, onde é inevitável a rápida tomada de decisões e os protocolos disponíveis nem sempre adequados ao doente pediátrico, torna possível identificação de inúmeras oportunidades para ocorrência de incidentes (Matlow *et al.*, 2011).

A população pediátrica reveste-se de características específicas que a tornam mais vulnerável, tais como:

- ✓ dependência de um adulto (profissional de saúde/familiar) para a os cuidados habituais e para os cuidados de saúde;
- ✓ comunicação mais difícil e dependente do grau de desenvolvimento da criança;
- ✓ imaturidade anatómica e fisiológica que implica a adaptação de equipamentos;
- ✓ realização de cálculos de acordo com o peso, especialmente na prescrição de medicamentos;
- ✓ maior repercussão fisiológica dos incidentes com medicamentos;
- ✓ maior prevalência de doença aguda em relação à população adulta (Sousa & Mendes, 2019).

Mueller (2019), menciona que as razões para os atributos únicos dos problemas e soluções de Segurança do Doente Pediátrico são multifatoriais. Identificando que os fatores contribuintes envolvem 3 domínios principais:

- 1 - Características físicas (dosagem de medicação baseada no peso);
- 2 - O desenvolvimento (idade física ou mental);
- 3 - Questões relacionadas ao status legal como menor (falta de assistência de um adulto no cuidado de questões de saúde confidenciais) (Mueller *et al*, 2019).

Numa abordagem geral sobre a segurança do doente pediátrico envolve três componentes principais:

- 1- conhecimento da epidemiologia dos erros e a criação de métodos para identificação dos erros;
- 2- a integração da ciência da melhoria, incluindo uma cultura de segurança no trabalho diário;
- 3- a criação e implementação de soluções básicas de Segurança do Doente Pediátricos.

Devendo estes componentes ser incorporados na avaliação de risco e no desenvolvimento de soluções para a Segurança do Doente Pediátrico (Mueller et al, 2019)..

A maioria dos incidentes identificados na área pediátrica foram considerados evitáveis, no entanto a maioria das crianças que sofreram um incidente tiveram maior tempo de internamento e uma maior taxa de morbidade e mortalidade. Os danos e efeitos nocivos associados tendem a ser maiores comparativamente à idade adulta. E a ocorrência de incidentes na idade pediátrica é mais elevada em crianças com idade inferior a 12 meses e no recém-nascido prematuro devido à complexidade e particularidades dos cuidados prestados nestas esta faixas etárias. Estima-se que 10% dos recém-nascidos sofre pelo menos um incidente durante a internamento na unidade de cuidados neonatais (Mueller *et al.*, 2019; Romera *et al.*,2020).

Segundo a *National Patient Safety Agency* (NPSA), a principal causa apontada para a ocorrência de incidentes foram as falhas de comunicação (a par do que acontece no adulto), e falta de capacidade profissional em reconhecer a gravidade clínica da situação, mencionando que apenas cerca de metade das crianças/jovens recebiam cuidados de saúde baseados na evidência (*National Patient Safety Agency*, 2009). Os incidentes com a medicação são um fenómeno mais frequente e mais notificado no doente pediátrico (*National Patient Safety Agency*, 2009; Silva *et al.*, 2018), apesar dos avanços realizados, permitindo a prescrição eletrónica, os erros de prescrição, preparação e administração de medicamentos ainda representam uma parcela substancial dos incidentes evitáveis no doente pediátrico (Mueller *et al.*, 2019; Romera *et al.*,2020). Seguidos dos incidentes de procedimento, como a falha, atraso ou tratamento incorreto e os acidentes com a criança, nomeadamente, a queda (Mueller *et al.*, 2019; Romera *et al.*,2020).

Além da necessidade de compreender a epidemiologia dos danos provocados às crianças devido ao erro decorrente da prestação de cuidados é essencial a conscientização e a atitude dos profissionais de saúde em relação à segurança do doente pediátrico. A cultura de segurança entre os profissionais é fundamental para evitar danos ao doente pediátrico e enfatizar a melhoria dos sistemas em vez de culpar as pessoas individualmente (Miller *et al.*,

2011). A partilha da responsabilidade pelas situações menos positivas é fundamental para a construção de uma Cultura de Segurança bem cimentada (Matlow *et al.*, 2011).

Os cuidados de saúde em pediatria revestem-se de características únicas que influenciam diretamente a sua assistência nos cuidados de saúde. As crianças, geralmente, encontram-se sempre acompanhadas dos pais, família ou cuidador, devendo ser a prestação de cuidados partilhada e direcionada à totalidade do agregado familiar. A família é um elemento-chave nos cuidados da criança/jovem, sendo reconhecida a sua extrema importância durante o internamento do doente pediátrico (Rodrigues *et al.*, 2019). A prestação de cuidados à população pediátrica assenta em dois pilares fundamentais: Cuidados Centrados na Família (CCF) e Cuidados Não Traumáticos (CNT) e ambos encaram o binómio criança e pais/família/ cuidador como o doente pediátrico e beneficiário dos seus cuidados.

1.6. Desafios do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

A Ordem dos Enfermeiros (2006), refere que o enfermeiro tem o dever de assegurar cuidados de excelência, em segurança promovendo um ambiente seguro. A excelência dos cuidados é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados e nesta perspetiva, a enfermagem tem um papel fundamental na prevenção e eliminação da ocorrência de eventos contribuindo para a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de saúde (OE, 2006).

A segurança do doente e a qualidade dos cuidados de enfermagem vêm desde logo mencionadas no Código Deontológico do Enfermeiro, no artigo 88º é referido que o enfermeiro deve “(...) analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (...)”. Este dever divide-se em duas vertentes: “análise do trabalho” realizado, que deve ser regular e contínua e o “reconhecimento de falhas”, que mereçam mudança de atitude. No mesmo artigo, alinha d) o enfermeiro deve “assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam o exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando através das vias competentes, as deficiências que prejudicam a qualidade dos cuidados” (OE, 2015, p.93)

A segurança do doente vem mencionada nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no domínio da melhoria contínua da qualidade, onde o enfermeiro deve ter um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em

programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro, assim como no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, desenvolvendo o autoconhecimento e a assertividade, baseando toda a sua praxis clínica especializada em evidência científica atual (OE, 2019).

No que respeita às competências específicas de EESIP, também estão ligadas à Segurança do doente, designadamente, nos domínios da competência “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, identificando situações de risco que possam afetar negativamente a criança/jovem e promovendo a aquisição de conhecimentos relativos à sua saúde e segurança (OE, 2018, pg. 19193).

Na sua atuação, o EESIP deve desenvolver estratégias de melhoria da qualidade, promotoras da segurança da criança e através de processos de tomada de decisão baseados em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes. Este deve trabalhar com a criança e a família, em qualquer contexto em que ela se encontre, seja nos hospitais, em centros de saúde, cuidados continuados, escola, comunidade, ou em casa, sempre com o intuito de promover o mais elevado estado de saúde possível, prestando cuidados à criança saudável ou doente, assim como, deve proporcionar educação para a saúde e identificar e mobilizar recursos de suporte à família (OE, 2018).

A missão expressa nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (ESIP) refere que o enfermeiro “(...) prestação de cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança e ao jovem saudável ou doente (...)”(OE, 2017, p.3). Assim, na procura da excelência do exercício profissional o EESIP, deve orientar a sua prestação de cuidados com base em Guias Orientadores de Boas Práticas, procurando a melhoria contínua da qualidade do seu exercício profissional, através de programas de formação contínua, promovendo o seu desenvolvimento profissional e a utilização de metodologias de organização e gestão impulsionadoras da melhoria dos cuidados prestados. O EESIP deve obter satisfação relativamente à qualidade do seu exercício profissional (OE, 2017).

A segurança é considerada um direito fundamental para o desenvolvimento psicológico, físico e social da criança, sendo reportado na Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 2019), refere no Artigo 3º alínea 3) que os serviços que têm crianças a seu cargo devem assegurar a sua proteção, nomeadamente nos domínios da segurança e da saúde e, no Artigo 6º alínea 2), que os estados devem assegurar na máxima medida possível a sobrevivência e o desenvolvimento da criança. Assim como, nas Anotações à Carta da Criança Hospitalizada, 2009, é referido no 7º artigo que o hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no

aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança. O acesso aos cuidados de saúde de alta qualidade é um direito humano essencial, reconhecido e valorizado também pela União Europeia. A Declaração do Luxemburgo menciona que os doentes têm o direito de esperar que sejam efetuados todos os esforços para assegurar a sua segurança enquanto utilizadores de qualquer serviço de saúde (Comissão Europeia, 2005).

A Segurança do Doente Pediátrico e a qualidade dos cuidados de saúde deve ser assumida como uma intervenção autónoma de enfermagem incluída na prestação de cuidados de excelência na área de Saúde Infantil e Pediátrica.

1.7. Cuidados de Enfermagem em Pediatria

No regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de especializados em ESIP está explícito que o EESIP, tem como “desígnio do seu trabalho a parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível.”(OE, 2015).

O mesmo documento menciona que a missão da Enfermagem Pediátrica é a melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados às crianças e às suas famílias. O EESIP deve encarar como beneficiário dos seus cuidados o binómio criança/jovem e família e suportar todas as sua intervenções nas Filosofias de Cuidados de Enfermagem Pediátricos e num quadro de referência orientador de cuidados. O EESIP assume o compromisso de proteger os direitos e a segurança da criança e a sua prática é enquadrada nas filosofias de cuidados em pediatria: os cuidados centrados na família (CCF) e os cuidados não traumáticos (CNT).

A filosofia dos CCF reconhece a família como uma constante na vida da criança. Estes cuidados consideram, além das necessidades da criança/jovem, as necessidades de todos os elementos da família. Os CCF assentam na premissa de que família e profissionais de saúde são parceiros na prestação de cuidados à criança/jovem (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Nesta relação de parceria são essenciais os pressupostos:

- **dignidade e respeito**, os profissionais de saúde devem respeitar as escolhas, valores e crenças da criança e da família;
- **partilha de informação**, os profissionais comunicam as informações de maneira completa e imparcial com as crianças e a família);
- **participação**, crianças e famílias são encorajados e apoiados a participar da tomada de decisão;

- **colaboração** com crianças e famílias.

Estes pressupostos são incluídos e entendidos como base de apoio da instituição, colaborando no desenvolvimento de políticas e programas, na formação dos profissionais e na prestação de cuidados (Rodrigues *et al.*, 2019). O reconhecimento da importância da família, como elemento-chave na prestação de cuidados à criança durante o internamento e a sua inclusão no processo de transição de saúde-doença contribuir para a diminuição do impacto negativo da hospitalização tanto nos recém-nascidos, crianças e jovens como nos pais ou cuidadores (Rodrigues *et al.*, 2019).

A missão dos CCF passa por apoiar as famílias no desenvolvimento das suas competências para a prestação de cuidados natural às suas crianças/jovens, baseando-se em dois princípios-chave:

- **Capacitação da família** na aquisição e no desenvolvimento de competências para atender às necessidades da criança/jovem;
- **Empoderamento da família** no reconhecimento de comportamentos de ajuda que estimulem as próprias forças, habilidades e ações (Hockenberry & Wilson, 2014).

A multiplicidade familiar deve ser objeto de análise, quanto à composição, estrutura, objetivos e sonhos, recursos e estratégias e, a identificação das necessidades deve ter em conta cada elemento isoladamente. Apesar de se considerar a criança/jovem/família como uma unidade, cada membro desempenha o seu papel, podendo influenciar diretamente a saúde e os cuidados à criança, independentemente dos contextos em que se encontre (Hockenberry & Wilson, 2014).

O EESIP na sua atuação deve reconhecer e considerar as necessidades de todos os elementos da família em relação aos cuidados de saúde da criança/jovem, assim como, os limites e as potencialidades de cada membro da família, promovendo as suas competências, já adquiridas ou em desenvolvimento, em simultâneo com o controlo da sua vida e da sua saúde (Hockenberry & Wilson, 2014). A prestação de CCF não só reconhecer o seu papel vital da família no processo de cuidados, como desenvolve um ambiente de segurança, existindo um esforço conjunto da parte de todos os intervenientes, assim como, uma comunicação intrínseca à parceria de cuidados, facilitadora na resolução dos problemas detetados.

Segundo Mueller *et al.* os CCF são de particular importância para crianças/jovens em ambientes de alto risco, como o serviço de urgência e unidades de cuidados intensivos e, especialmente, nos cuidados a crianças/jovens com necessidades especiais, permitindo que doentes e famílias, idealmente, sejam capazes participar nos planos de cuidados e demonstrar compreensão do resultado do tratamento previsto (Mueller *et al.*, 2019).

A parceria de cuidados é frequentemente indicada como uma das principais qualidades dos CCF. O modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, designado como a formalização da participação dos pais no cuidar da criança internada (Mano, 2002).

Para Casey "(...) os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia de enfermagem pediátrica da década de noventa. As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança" (Casey, 1988 citado por Costa & Ferreira, 2004, pg.55). Afirmando que "(...) os cuidados às crianças, doentes ou saudáveis, são melhores, quando prestados pela família, recebendo esta apoio, sempre que necessário e em níveis variados, por parte de pessoal qualificado da equipa de saúde" (citada por Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020, pg. 34). Trata-se de um modelo de cuidados de Enfermagem onde pais são reconhecidos como peritos nos cuidados à criança/jovem. Neste modelo, os pais, são envolvidos ativamente pelos enfermeiros responsáveis pelos cuidados à criança/jovem, implicando uma colaboração mútua entre pais e profissionais, onde os papéis devem ser bem definidos.

A implementação da parceria de cuidados forçou a mudanças de atitude por parte dos enfermeiros, das normas, protocolos e políticas das instituições de saúde. (Ferreira & Costa, 2004). Este modelo inclui a negociação, a partilha de cuidados e a tomada de decisões em conjunto, permitindo que os cuidados sejam planeados em função das capacidades e desejo de envolvimento dos pais (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). A participação ativa dos pais nos cuidados à criança/jovem durante o internamento, ajuda a manter a criança no seio da família e garante à família o direito de estar unida um momento de crise, pelo que "os enfermeiros devem ver os pais como elementos ativos, beneficiando de seu conhecimento sobre a criança doente e a sua vontade de contribuir para a sua recuperação, capacitando-os e empoderando-os" (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020, pg. 33). Casey salienta que "(...) para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de protecção, estímulo e amor", e ninguém melhor que os pais para os prestar (Casey, 1988 citado por Ferreira & Costa, 2004, pg.51).

Outra das filosofias dos cuidados de saúde em pediatria são os Cuidados Não-Traumáticos. Estes são entendidos como a prestação de "(...) cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, no sistema de cuidados de saúde (...)" (Hockenberry & Wilson, 2014, p.11-12). O seu objetivo primordial "é não causar dano", para alcançar o objetivo são identificados três princípios fundamentais: prevenir ou minimizar a separação da criança/jovem da sua família; promover

uma sensação de controlo e prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor (Hockenberry & Wilson, 2014).

A promoção da sensação de controlo relaciona-se com a gestão do medo. O medo sentido pela criança/jovem tem um impacto negativo na sua relação com os prestadores de cuidados, tornando a prestação de cuidados uma experiência traumática. O medo é definido como uma emoção com as características específicas, como o sentimento de ameaça, perigo ou infelicidade com causa conhecida acompanhada por estado de alerta e concentração na origem do medo (OE, 2011). As principais razões apontadas estão relacionadas com a separação do seu ambiente, dos pais e das suas atividades habituais, com a perda de controlo devido ao ambiente desconhecido e a alteração de rotinas e com a dor associada aos cuidados de saúde (OE, 2011).

Os medos e a resposta ao medo variam quanto às faixa etária e desenvolvimento da criança, e de criança para criança faixa etária, no entanto as causas de stress são comuns a todas elas. É essencial que os enfermeiros tenham conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e de quais são os seus medos nas várias faixas etárias. O reconhecimento e avaliação do medo e do desconforto, permite planear e executar intervenções para a sua gestão, particularmente, quando os procedimentos são dolorosos (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Segundo Ramos e Barbieri-Figueiredo, com base nas evidencias e nos desejos das crianças, jovens e pais, incluem-se nos CNT seis dimensões:

- Evitar a hospitalização e reduzir a sua duração;
- Informar e preparar as crianças e os pais;
- Encorajar a presença e participação dos pais;
- Adequar o ambiente aos gostos e necessidades das crianças e famílias;
- Interagir adequadamente com as crianças e com os pais;
- Minimizar o stress, o desconforto e a dor (Barbieri-Figueiredo, 2020, pg.43).

Os CNT devem ser a pedra basilar na escolha de qualquer intervenção pelo ESIP e sua aplicabilidade deve estar presente em todas as fases dos cuidados de saúde (prevenção, tratamento, reabilitação e palição), nos diferentes contextos de cuidados (hospital, centro de saúde, escola, domicílio) e em qualquer dimensão (psicológica, física, social, cultural).

O reconhecimento de que os cuidados em saúde têm um enorme potencial para causar danos ou efeitos adversos, assim como, é reconhecido que as crianças estão mais propensas aos riscos devido às suas particularidades. Dependendo da sua fase de desenvolvimento, as crianças, podem apresentar um número limitado de mecanismos *coping* que lhe permita gerir

de forma eficaz situações de *stress*, o que torna decisivo o papel dos seus cuidadores (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

2. PERCURSO FORMATIVO

O percurso formativo foi delineado de modo a que fosse possível obter experiências nos vários contextos de cuidados à criança/jovem e família, sendo pautado pela aquisição e desenvolvimento das competências de EE, ESIP e competências de mestre. O Estágio Final permitiu a aplicação da componente teórica na prática, o desenvolvimento da metodologia de projeto e o enriquecimento pessoal e profissional.

Nos próximos subcapítulos são descritos os campos de estágio onde decorreu a prática clínica com base nos objetivos transversais e específicos de cada contexto e as aprendizagens e atividades desenvolvidas. Os objetivos e atividades desenvolvidas podem ser consultados nos apêndices.

A metodologia de projeto de intervenção também desenvolvida neste percurso, é apresentada em capítulo próprio, onde são descritos os objetivos e as atividades realizadas nos diferentes campos de estágio.

2.1. Estágio Final

O Estágio Final assume um momento privilegiado na formação do Enfermeiro Especialista, reunindo o saber da praxis com o conhecimento científico permitindo o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de excelência. Este método de formação visa estimular o estudante a participar ativamente na sua formação, promover a capacidade de trabalhar em equipa, assim como promover o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo através da introspeção das vivências experienciadas, dificuldades e necessidades sentidas (Simões *et al.*, 2008). Os estágios são constituídos de momentos de observação e intervenção, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências (Alarcão & Rua, 2005), perspetivando a aquisição do nível perito numa determinada área, de acordo com a categorização de *Benner*.

O percurso foi desenvolvido ao longo do Estágio Final, foi realizado em diferentes contextos de cuidados de saúde à criança/ jovem e família. Decorreu no período de 13 de setembro de 2021 a 21 de janeiro de 2022, dividido por três módulos:

✓ O Módulo I - Serviço de Internamento de Pediatria (IP), de 13 de setembro de 2021 a 22 de outubro de 2021 (Apêndice A);

- ✓ Módulo II - Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) e o Serviço de Consulta Hospitalar Pediátrica (CHP), de 25 de outubro a 3 de dezembro de 2021 (Apêndice B);
- ✓ Módulo III - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), de 6 de dezembro de 2021 a 21 de janeiro de 2022 (Apêndice C);

Em apêndice próprio são apresentados os objetivos transversais a todos os campos de estágio, referentes à aquisição de competências comuns de EE (Apêndice D).

Este capítulo é constituído por quatro subcapítulos, correspondendo a cada local de estágio onde foi desenvolvido o processo formativo. Cada subcapítulo integra uma breve caracterização do local, bem como a exposição das principais atividades desenvolvidas, incidindo a reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências de EESIP.

2.1.1. Módulo I – Serviço de Internamento de Pediatria

O Serviço de Internamento de Pediatria escolhido foi um serviço de referência para a pediatria que recebe crianças desde os primeiros dias de vida aos 17 anos e 364 dias, com patologias do foro médico e cirúrgico. Este integra vários projetos desenvolvidos e apoiados pela equipa de enfermagem, como o Hospital de Dia Pediátrico, a Consulta de Pré-operatória de Enfermagem, Equipa de Cuidados Paliativos e a Equipa de Cuidados Domiciliários.

Quanto à sua estrutura física, o serviço está dividido em duas alas, a ala médica e a ala cirúrgica que inclui o hospital de dia. Dispõe de sala de tratamentos, sala de trabalho de enfermagem e casa de banho com chuveiro para os utentes em ambas as alas. Tem ainda sala de registos e reuniões, copa de preparação de leites, sala de atividades lúdicas, na qual as crianças contam com o apoio da educadora. Para apoio à família tem disponível uma sala de estar/refeições, balneário e cacifos.

A situação pandémica obrigou a reorganização estrutural e funcional do serviço. A ala cirúrgica foi desativada, devido ao cancelamento da maioria das cirurgias eletivas e redução dos tempos operatórios. De modo a responder às recomendações da DGS, foi criada uma área de internamento destinada a receber crianças/jovens suspeitas e/ou com diagnóstico confirmando a Sars-Cov-2 e acompanhantes. Esta reestruturação levou à redução do número de camas disponíveis para internamento.

Os quartos podiam ser partilhados ou individuais. Os quartos partilhados eram compostos por três unidades, no entanto, sempre que possível não era ocupada a unidade do meio, para garantir algum isolamento e minimizar o risco de transmissão de infeções. Os

quartos individuais eram habitualmente reservados para situações de especial complexidade ou de isolamento e encontravam-se alocados à designada “área de internamento Covid”.

As crianças admitidas neste serviço eram provenientes do serviço de urgência em contexto de doença aguda ou agudização da sua doença crónica, por transferência de outro serviço ou unidade hospitalar para otimização e ou/continuidade de cuidados e preparação para alta e vindos do domicílio, como no caso da criança com cirurgia eletiva programada ou para realização de exames complementares de diagnóstico com necessidade de vigilância e algumas situações para descanso do cuidador principal.

Na distribuição das crianças pelas enfermarias eram tidos em conta alguns aspetos, tais como: a idade das crianças, o seu desenvolvimento neuro-psicomotor (perturbações neurológicas) e essencialmente a patologia que motivava a necessidade de internamento, existindo sempre o cuidado de agrupar por enfermaria, por exemplo, as crianças com infeções respiratórias ou crianças admitidas para serem submetidas a intervenção cirúrgica.

Tal como preconizado, este serviço de internamento tem adotada a filosofia dos (CCF), reconhecendo a família como componente fundamental na vida da criança/jovem e como parte essencial do cuidado durante a experiência de doença e internamento da criança/jovem. Os pais ou cuidadores da criança/jovem são reconhecidos como parceiros essenciais na prestação de cuidados. O internamento é um momento de crise para criança/ jovem, especialmente nos primeiros anos de vida, as crianças são particularmente vulneráveis às desordens da doença e do internamento, devido ao stress da mudança do seu estado habitual de saúde, rotina e separação dos pais e pela sua dificuldade em gerir o stress provocado pelas mudanças (Hockenberry & Wilson, 2014). A equipa de enfermagem procurava evitar e minimizar a separação entre a criança/jovem e a família durante a prestação de cuidados. Os pais/cuidadores podiam acompanhar a criança durante as 24 horas do dia e no decorrer de todo o internamento, assim como, também podiam estar presentes e eram envolvidos nos cuidados e procedimentos realizados. Devido à pandemia e às alterações realizadas na funcionalidade do serviço, apenas um familiar podia acompanhar a criança ao longo do internamento e as visitas eram de curta duração (15 minutos) e encontravam-se muito limitadas.

O método de trabalho desenvolvido era o método de Enfermeiro de Referência, o que permitia o acompanhamento individualizado da criança/jovem e família pelo enfermeiro de referência, permitindo direcionar os cuidados de saúde para as suas necessidades, expectativas e fontes de bem-estar da criança/jovem e família. Este método de trabalho é uma referência nos cuidados de saúde pediátricos, indo encontro com um dos pilares da

intervenção do EESIP, a gestão de cuidados individualizados, personalizados e continuados (OE, 2017).

No momento da admissão da criança/jovem e família no internamento era atribuído o enfermeiro de referência, sendo este sempre que possível um EESIP. Cabia ao enfermeiro de referência a responsabilidade de realizar a avaliação inicial da criança/jovem/família, desenvolver o processo de enfermagem de forma contínua e eficaz, preparar a alta e sempre que oportuno estabelecer o contato com a Unidade Cuidados de Saúde Primários que seguia a criança/jovem e família. A presença do enfermeiro de referência era facilitadora da comunicação entre a criança/ jovem e família e os restantes membros da equipa.

A maioria dos internamentos não eram planeados e estavam associados à condição doença aguda ou traumática, pelo que o acolhimento personalizado pelo enfermeiro de referência permitia minimizar o impacto negativo deste acontecimento. O acolhimento personalizado passava pela apresentação dos profissionais de saúde, do serviço de internamento e da unidade onde a criança/jovem iria permanecer, assim como a partilha de informação sobre as regras instituídas, sendo entregue em suporte de papel, o guia de acolhimento. A equipa mostrava disponibilidade e plena abertura para responder a questões e esclarecer dúvidas e receios relacionados com o internamento, doença e com o tratamento definido.

Os registos de enfermagem eram efetuados no sistema de informação – *SClínico*¹. Este sistema de informação permite um rápido acesso a toda a informação disponível no processo de saúde do doente e a partilha de informação com outros profissionais de saúde e/ou outras unidade de saúde. A utilização do *SClínico* possibilitava o registo eletrónico do processo de Enfermagem da criança/jovem e família, identificando as suas necessidades, realizando o levantamento de diagnósticos de enfermagem e as respetivas intervenções e indicadores da evolução das condições de saúde do doente, desde a admissão até ao momento da alta. Este sistema de informação ainda facilitava a articulação, no momento da alta, dos cuidados com a Unidade Cuidados de Saúde Primários onde a criança estava inscrita. Sempre que era detetado que a criança/jovem não estava inscrita numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários era realizado o contato com a unidade de referência para agilizar a inscrição da criança e o contato desta com a unidade (SNS, 2019).

¹ O SClínico faz parte da estratégia de informatização clínica do Sistema Nacional de Saúde, com o objetivo de uniformizar procedimentos e registos clínicos (SNS, 2019).

O Hospital de Dia, um projeto integrado no SIP, funcionava em espaço próprio e dispunha de cinco unidades individualizadas para receber RN/crianças/jovens e família. As atividades do Hospital de Dia eram geridas e desenvolvidas de forma autónoma. Competia à enfermeira responsável do Hospital de Dia a gestão e organização do plano diário de atividades, recursos materiais e dispositivos médicos necessários. Neste espaço eram realizados diferentes procedimentos, tais como: administração de antibioterapia; administração de terapêutica imunológica; administração de hemoderivados; administração de toxina botulínica; consultas de reavaliação de crianças com alta recente do serviço de pediatria ou neonatologia; entre outros.

A Consulta de Enfermagem Pré-Operatória, outro dos projetos implementados neste serviço, tinha como principal objetivo desmitificar e preparar a criança/jovem e família para a hospitalização. No momento do estágio, realizava-se num gabinete dentro do SIP, consequência da situação pandémica. Esta era assegurada por alguns dos elementos da equipa de enfermagem do SIP e realizada, sempre que possível, antecedia a consulta de anestesia da criança/jovem, reduzindo o número de vindas ao hospital.

Considerando que muitas das hospitalizações da criança/jovem advém de cirurgias programadas, esta consulta era um indicador de qualidade dos cuidados de saúde nesta unidade. Este contacto prévio com o ambiente hospitalar, profissionais de saúde, nomeadamente a equipa de enfermagem e com procedimentos potencialmente dolorosos ou assustadores, encoraja a criança/ jovem e família a falar, questionar e esclarecer alguns dos seus receios e dúvidas. Desta forma era possível promover a diminuição do medo e tranquilizar, não só, a criança/jovem, como também a família (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). A intervenção da equipa na Consulta de Enfermagem Pré-Operatória junto da criança/jovem e família passava pela apresentação em *PowerPoint*, onde eram abordadas, de forma simples, explícita e com linguagem clara, informações pertinentes desde o material pessoal que podiam trazer e o percurso que seria realizado até ao regresso ao serviço de internamento. Eram realizadas atividades lúdicas, modelagem, manipulação de brinquedos e equipamento que representavam o ambiente hospitalar, adequando sempre a linguagem e intervenção à idade e desenvolvimento cognitivo/emocional da criança/jovem. A hospitalização planeada, tal como cirurgia eletiva, é um fator especialmente stressante para as crianças/jovem e família, onde programas de preparação para a cirurgia, tal como a consulta de enfermagem pré-operatória evidenciam a importância dos cuidados antecipatórios a crianças/jovens e família, diminuindo a sua ansiedade e *stress* peri-operatória (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

No domínio dos Cuidados Não-Traumáticos foi sempre evidente a sensibilidade da equipa de enfermagem em promover cuidados não-traumáticos através do uso de intervenções que permitiam minimizar e/ou eliminar o desconforto psicológico e físico experienciado pela criança/jovem e sua família.

As crianças/jovens e família demonstravam sentir-se bem acolhidos existindo uma comunicação efetiva entre os enfermeiros e o doente. A equipa mostrava uma excelente capacidade de intervenção juntos das famílias, na promoção do papel parental através do apoio, incentivo, partilha de saberes e participação ativa dos pais na tomada de decisão e na prestação de cuidados.

Foram utilizadas estratégias que contribuíram para um ambiente de confiança e maior satisfação da criança/jovem e família. Na prestação de cuidados eram privilegiados em locais privados, por vezes com recurso à utilização de barreiras físicas como cortinas ou biombos para proteger a criança/jovem; era sempre pedida permissão e realizada explicação tanto à criança/jovem como à família de qualquer procedimento ou tratamento; era utilizado um tom de voz baixo e meigo na abordagem do criança/jovem e família e existia o cuidado de manter a confidencialidade, especialmente quando transmitidas informações relevantes.

A gestão da dor, especialmente na área pediátrica, é uma intervenção fundamental na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. O controlo da dor é um dever e um indicador de boas práticas de enfermagem, sendo competência do EESIP a sua gestão diferenciada, com recurso a medidas farmacológicas e não-farmacológicas para o seu alívio. As medidas não-farmacológicas estavam sempre presentes e geralmente associadas a medidas farmacológicas, permitindo a potencialização de ambas. As medidas não-farmacológicas passavam pelo recurso ao colo/contenção e a administração de sacarose no recém-nascido e na criança até ao ano de idade. O recurso a técnicas de distração, o brincar no *toddler* e o incrementar do pensamento mágico na idade pré-escolar. O recurso a equipamento audiovisual (telemóvel, *tablet*) foi muito frequente, devido à facilidade e acessibilidade atual a este tipo de equipamento, disponibilizando um vasto leque de opções ajustáveis à idade da criança/jovem, assim como, a sua boa aceitação e adesão pela criança/jovem e família.

Nas medidas farmacológicas, o creme anestésico local (exemplo: *Emla*) era frequentemente utilizado, esta medida não dispensava recurso a medidas não-farmacológicas adequadas à idade e desenvolvimento da criança/jovem. Também era utilizado o método específico de sedação consciente, que consistia na administração inalatória de uma mistura medicinal de 50% de Protóxido de Azoto com 50% de Oxigénio. Esta terapia inalatória não invasiva, devido às suas propriedades analgésicas, ansiolíticas e amnésicas, com impacto

positivo na vivência de situações de crise pela criança/jovem e família, nomeadamente no controlo da dor, ansiedade e medo em intervenções de curta duração (Escobar *et al.*, 2019). A administração deste gás medicinal era realizada com recurso a uma máscara (disponível em vários tamanhos para melhor adaptação à face da criança e eram coloridas tornando-as mais apelativas para a criança) e uma válvula respiratória *on-demand* que permitia a administração da quantidade que o doente sentia necessária (Almeida, 2018). A utilização deste gás é percecionada como um recurso seguro, eficaz e de fácil utilização, no entanto, apesar de esta técnica ser bastante simples, deve ser administrada por profissionais com formação e experiência. Os seus efeitos amnésicos e ansiolíticos são conhecidos pela sua influência positiva no decorrer dos procedimentos, através da redução do tempo que os enfermeiros dispõem para a realização da intervenção e aumento da receptividade da criança/jovem a futuras intervenções (Escobar *et al.*, 2019). Com menor frequência também se verificou a administração de sedativos intranasal (exemplo: midazolam, morfina), a qual dependia de prescrição médica.

O EESIP assumia o papel de enfermeiro coordenador de turno, assumindo funções de gestão adicionais à prestação de cuidados de saúde. Fazia parte das suas funções de gestão:

- ✓ verificação, durante a passagem de turno, dos registos de enfermagem efetuados no turno anterior, de forma a detetar alguma falha/erro, permitindo a otimização e a redução de falhas nos registos realizados;
- ✓ distribuição das crianças internadas pelos elementos da equipa de enfermagem, gerindo desta forma os recursos humanos disponíveis;
- ✓ gestão das admissões de crianças no internamento.
- ✓ participação e colaboração nas reuniões multidisciplinares que aconteciam no turno da manhã, onde eram discutidas e planeadas as intervenções e atitudes terapêuticas e sociais referentes às crianças/jovens e família internadas.

Esta participação ativa do enfermeiro nas reuniões, onde era avaliada a evolução da situação, discutidas e tomadas as decisões terapêuticas e sociais referentes à criança/jovem, favorecia a articulação dos cuidados à criança/ jovem e família, assim como, reconhecia a importância da intervenção da equipa de enfermagem.

Neste SIP foi frequente o contato com crianças/jovens com diagnóstico de Drepanocitose², o internamento era geralmente motivado pela dor da crise vaso-oclusiva, sendo esta a complicação mais frequente na criança com Drepanocitose. Esta dor é caracterizada por uma dor aguda, intensa, de localização variável, frequência e duração imprevisíveis, a sua etiologia é isquémica ou inflamatória, no entanto existe evidência da presença de uma componente neuropática³ (Morais et al., 2022). O número significativo de crianças/jovens com Drepanocitose internadas neste SIP é atribuído ao número de famílias provenientes de África a residir na área de abrangência desta unidade hospitalar e o internamento hospitalar é essencialmente devido a crises vaso-oclusivas.

A intervenção do EESIP passava pelo desafio da avaliação e controlo da dor na crise vaso-oclusiva, através de intervenções como: monitorização de parâmetros vitais, sobretudo a dor, a administração de analgesia em intervalos regulares e em SOS (com recurso a opioides, como o fentanil e a morfina em situações de dor intensa), assim como o recurso a medidas não-farmacológicas para o alívio da dor, tais como: o posicionamento do membro e a aplicação de saco de água quente. O EESIP também tinha um papel fundamental na prevenção de novas crises, através da capacitação da criança/jovem e família sobre a importância da alimentação, hidratação e repouso adequados, de evitar temperaturas extremas e exercício físico intenso, a importância da adesão terapêutica e o reconhecimento de situações de crise que necessitam de rápida intervenção e como as resolver, promovendo a aquisição e manutenção de hábitos e comportamentos adequados, alertando a criança/jovem e família com Drepanocitose sobre os fatores de risco. A Drepanocitose e as suas agudizações têm impacto negativo na qualidade de vida destas crianças e suas famílias, com implicações nas diferentes atividades diárias e complicações futuras resultantes da repetição destes episódios (Morais et al., 2022).

De entre as crianças internadas por agudização da Drepanocitose, destacou-se uma criança de 8 anos, melanodérmica, género masculino, que devido à gravidade da doença e

² A drepanocitose é uma doença caracterizada pela presença de hemoglobina S na ausência de formação de HbA1, a mais frequente em Portugal, é designada pela Anemia das Células Falciformes (ACF). Esta caracterizada por anemia e hemólise crónicas, com crises de agudização: crises vaso-oclusivas, anemia aguda e infeções sistémicas. O quadro inaugural da doença pode ser fatal, devido às consequências do acidente cerebrovascular, sequestro esplénico ou sépsis. A Drepanocitose é uma doença hereditária frequente a nível mundial, a sua transmissão é autossómica recessiva e tem origem nas populações do continente Africano, Asiático e Indiano. Atualmente a sua distribuição é heterogénea, resultado de múltiplos fenómenos migratórios (Costa et al., 2016).

³ A dor neuropática é a dor causada por uma lesão ou disfunção que afeta o sistema nervoso somatossensorial. A sua incidência na população pediátrica é subestimada, e as crianças com drepanocitose não são exceção (Morais et al., 2022).

das complicações da Drepanocitose, permaneceu internada no serviço várias semanas. O internamento foi justificado por um acidente cerebrovascular isquêmico. A criança apresentava um quadro de afasia global severa e trefaparésia de predomínio no membro superior esquerdo e membro inferior direito, após estudo de imagem, foi diagnosticado de síndrome de *Moya-Moya*⁴, sendo posteriormente submetido a intervenção cirúrgica para revascularização da zona cerebral afetada. O acompanhamento desta criança ao longo do estágio foi bastante exigente devido à gravidade das sequelas da isquemia cerebral.

O EESIP deve demonstrar conhecimento sobre doenças raras, consultando evidência científica, adequar e articular a sua prestação de cuidados com outros profissionais de saúde, tais como: terapeuta da fala, fisioterapeuta, educadora, assistente social, maximizando o seu potencial de recuperação.

No contexto de situações de especial complexidade, também foi possível prestar cuidados uma bebé de 7 meses de idade, com o diagnóstico de doença de *Hirschsprung*⁵. Esta criança veio transferida de um hospital central pediátrico para o hospital da área de residência da família para continuidade de cuidados de saúde. No hospital de origem foi submetida a intervenção cirúrgica para remoção da parte do intestino afetada, com realização de ileostomia em topos separados, para futura reconstrução. Devido a dificuldades no restabelecimento do trânsito intestinal e funcionamento da ileostomia, houve necessidade de iniciar alimentação parentérica, para a qual foi colocado um cateter venoso central de longa duração na veia subclávia direita. A introdução da alimentação oral acontecia de modo muito gradual e com contínuos retrocessos, devido ao quadro de diarreia persistente e maceração da pele peri-estoma.

Os cuidados de enfermagem prestados a esta criança e família foram sempre de grande complexidade e particularidade, exigindo do enfermeiro conhecimentos e habilidades específicas, assim como, a procura de evidência para a melhoria contínua dos cuidados prestados à criança e família. Os cuidados prestados passaram pela preparação,

⁴ O síndrome de Moya-Moya “é uma entidade clínica rara” definida como uma vasculopatia cerebral de etiologia desconhecida, descrita em associação com várias patologias, entre as quais a drepanocitose, tem pico incidência na infância por volta dos 5 anos (Proença et. al., 2017, pg.124). Os sintomas estão relacionados com a área do cérebro afetada, podendo a sua gravidade variar entre eventos isquémicos transitórios sem sequelas e eventos graves com sequelas major ou fatais (Proença et. al., 2017).

⁵ A doença de *Hirschsprung* é uma doença rara, congénita que afeta a motilidade intestinal. Resulta da ausência do Sistema Nervoso Entérico, numa extensão variável e distal de intestino, quando não é tratada tem uma elevada morbilidade, podendo mesmo ser fatal nos casos mais graves, com complicações provocadas por obstrução funcional do intestino, perfuração do intestino ou enterocolite (Nunes, 2016).

administração e manutenção da alimentação parentérica, manutenção dos lumens do cateter venoso central permeável, cuidados com o local de inserção do cateter, realização do penso e a identificação de sinais de infecção ou extravasamento e os cuidados com os estomas.

Os cuidados com o estoma e pele peri-estoma que se encontrava muito macerada, não permitindo a adaptação de saco para a recolha das fezes, constituíram uma enorme desafio nos cuidados, a crescente dificuldade na melhoria das lesões cutâneas, motivou a pesquisa e a procura de soluções viáveis dentro da equipa de enfermagem. Nos cuidados com o estoma, a mãe que estava sempre presente, participava ativamente, com supervisão do enfermeiro responsável. Os cuidados prestados e a introdução de novos tratamentos eram sempre negociados e discutidos com a mãe, assim como, os resultados obtidos. A gestão da dor, ansiedade e medo, através da antecipação de medidas farmacológicas e não-farmacológicas par o seu alívio.

Recorda-se, ainda, o caso de um pré-adolescente portador da doença DM1, que após ser internado refere não querer a presença da mãe ou qualquer outro familiar, manifestando que deixou a terapêutica como intuito de ser internado e assim poder afastar-se da mãe, mostrando-se muito zangado com a mesma. Apesar da condição de doença, existiu aqui a necessidade de prolongar o internamento deste jovem devido à sua situação familiar, implicado o levantamento das necessidades deste jovem e família e a sua referenciação para equipas específicas, para uma avaliação mais pormenorizada e respetivo acompanhamento. A equipa de enfermagem, nomeadamente o EEESIP, foi um elemento essencial durante o processo.

A satisfação das crianças/jovens e família era uma preocupação constante na equipa de enfermagem, sendo também um indicador da qualidade dos cuidados prestados. A opinião das crianças/jovens/família era recolhida através do questionário de satisfação que era preenchido no dia da alta, o tratamento dos dados recolhidos e os resultados dos mesmos, permitiam a reflexão sobre o trabalho desenvolvido, promovendo a melhoria continua da qualidade dos mesmos. Os resultados obtidos mostravam efetivamente a excelência dos cuidados prestados e da relação positiva que estes profissionais estabelecem com as crianças/ jovens e suas famílias.

Este contexto de cuidados proporcionou a aquisição de conhecimentos e competências, essências para a prática profissional, na prestação de cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, reconhecendo e prestando cuidados em situações de instabilidade das funções vitais, assim como, demonstrando conhecimento sobre as doenças comuns das diferentes faixas etárias e habilidades para a identificação de focos de instabilidade, tratamento e resposta antecipatória, através da gestão

da dor e promoção da saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem e família.

2.1.2. Módulo II – Centro de Desenvolvimento da Criança e Consulta Hospitalar de Pediatria

2.1.2.1. Centro de Desenvolvimento da Criança

O CDC é um centro multiprofissional para atendimento e acompanhamento de crianças com perturbações do neurodesenvolvimento, abrange todas as crianças e jovens desde os 0 aos 18 anos e família, em algumas situações o acompanhamento é realizado até aos 21 ou 25 anos. Numa verdadeira perspetiva e abordagem multidisciplinar, decorrem as consultas nas várias áreas de intervenção: Enfermagem, Pediatria do Desenvolvimento, Neuropediatria, Psicologia, Terapias Ocupacionais, Nutrição e Pedagogia. Integrado numa unidade hospitalar procura também dirigir a atuação em estreita parceria com a comunidade: Centros de Saúde, Equipas Locais de Intervenção, Escolas e Associações diversas.

As patologias do neurodesenvolvimento figuram no topo da lista das doenças crónicas (Oliveira *et al.*, 2020), sendo responsáveis por cerca de um sexto de todas as incapacidades da criança/jovem (Hockenberry & Wilson, 2014). Segundo a definição da OMS, doença crónica é uma doença de longa duração e de progressão geralmente lenta (OMS, 2014), na sua maioria sem cura, mas com possibilidade de prevenção ou controlo por meio da deteção precoce, terapêutica adequada e estilos de vida saudáveis (OMS, 2005).

As perturbações do neurodesenvolvimento integram patologias da disfuncionalidade do sistema nervoso central e sensorial e problemas de comportamento e de aprendizagem. Nas últimas décadas a condição de criança com doença crónica modificou-se, assistindo-se ao aumento de situações clínicas que se expressam como alterações do comportamento, das emoções, da aprendizagem e da capacidade de adaptação social, por causas ainda não compreendidas. Neste âmbito, destacam-se os problemas do défice de atenção e hiperatividade, da perturbação do desenvolvimento intelectual, da perturbação do espectro do autismo e das condições clínicas anteriormente fatais associadas a elevado risco de sequelas de funcionamento cerebral nos sobreviventes, como a grande prematuridade, a doença oncológica, neurológica degenerativa e as doenças crónicas em geral (Oliveira *et al.*, 2020).

No enquadramento mundial, assistimos a um aumento da prevalência das perturbações do neurodesenvolvimento e conseqüente a procura de cuidados de saúde adequados. Portugal vem incorporando esta realidade, em dez anos (2007 a 2017), o número

total de consultas hospitalares de Neurodesenvolvimento da criança quase triplicou (Oliveira *et al.*, 2020).

Devido à elevada e crescente frequência, cronicidade, complexidade e especificidade desta perturbações, as entidades de saúde vêm organizando-se no sentido de responder às necessidades atuais destas crianças e família, adequando a prestação cuidados de forma estruturada e adaptada às necessidades (Oliveira *et al.*, 2020).

No CDC a equipa de enfermagem era constituída apenas por três elementos, duas enfermeiras ESIP e uma enfermeira generalista com longa experiência na área de pediatria. A intervenção da equipa de Enfermagem distribuía-se por três áreas distintas: Consulta de Neonatologia/*Follow-up*, Núcleo de Espinha Bífida e Consulta de Paralisia Cerebral. Cada uma das enfermeiras era responsável por uma das consultas, sendo o enfermeiro de referência crianças/jovens e sua família que frequentam a consulta no centro. O método de enfermeiro de referência, como já referido, possibilita uma organização promotora da qualidade dos cuidados de enfermagem, contribuindo para a máxima eficácia no planeamento dos cuidados e constituindo um elemento essencial na procura permanente da excelência no exercício profissional do EEESIP (OE, 2017). Promove a prestação de cuidados individualizados, personalizados e contínuos, sendo a criança/jovem e família acompanhada na maioria das visitas ao CDC pelo enfermeiro de referência.

O espaço físico do CDC era um espaço que transmitia tranquilidade, as salas e corredores eram amplos, pintados com tons suaves e decorados com ilustrações e desenhos realizados pelas crianças que frequentavam este espaço.

Os registos de enfermagem eram realizados no sistema de informação clínica - SClínico.

No decorrer do período de estágio foi possível observar e colaborar nos cuidados nas consultas de enfermagem de Neonatologia/*Follow-up* e de Paralisia Cerebral. Verificou-se em todas as consultas, uma apreciação global da criança e família, incluindo a relacionamento entre os elementos da família. A consulta tinha início na sala de espera onde a criança/jovem e família aguardavam. O enfermeiro deslocava-se à sala de espera, onde observa a criança/jovem enquanto brincava ou simplesmente permanecia sentada ou ao colo dos pais, acompanhando-os no percurso até ao sala de observação. Este era um momento privilegiado que permitia dar início a uma relação de empatia entre profissionais e a criança/jovem e família, assim como permitia observar a interação entre a criança/jovem e a sua família/cuidador, a interação da criança/jovem com meio envolvente e observar as capacidades motoras da criança/jovem. Esta observação da criança/jovem e família “(...)enquanto não são o alvo da atenção e (...) se sentem mais à vontade, permite ao

profissional tirar ilações importantes, e geralmente fiáveis, relativamente ao desenvolvimento da mesma. É muito útil observá-la sem que dê por isso – a atenção, o tipo de manipulação que utiliza, a mímica, etc.” (DGS, 2012, pg.52).

O enfermeiro desempenhava o papel de gestor de caso das crianças/jovens e famílias que acompanhava, sendo o elemento de ligação e mediação dentro da equipa multidisciplinar e na articulação com a comunidade, assegurando e acompanhando a concretização dos objetivos delineados para a criança/jovem e família. O enfermeiro assume um papel preventivo e terapêutico, exigindo-se-lhe conhecimentos e experiência que enfatizem a dinâmicas das inter-relações e o desempenho de papéis. O EESIP era um elemento-chave no acompanhamento das crianças/jovem/ família dentro do centro, focando a sua intervenção na interdependência da criança/família e o ambiente, considerando os stressores e os fatores protetores presentes, articulando com a restante equipa multiprofissional quando o problema está além da sua esfera de ação (OE, 2015).

Toda a intervenção da equipa integra a filosofia dos CCF e dos CNT. O percurso terapêutico e os objetivos eram traçados conjuntamente com a criança/jovem e família, evidenciando um maior compromisso de ambas as partes e uma avaliação posterior com melhores resultados. A família era vista como o melhor conhecedor e prestador de cuidados à criança/jovem com necessidade de cuidados especiais.

No CDC foi experienciado um ambiente de tranquilidade, confiança, afeto e de preocupação pelo bem-estar e conforto dos seus utentes. A equipa demonstrava disponibilidade e uma excelente capacidade de intervenção juntos das famílias. A promoção do papel parental esteve presente através do apoio, incentivo e partilha de saberes e pela participação ativa dos pais na tomada de decisão e na prestação de cuidados, de forma a garantir a maximização do bem-estar da criança/ jovem e família com necessidades especiais.

O alívio e a minimização da dor, sofrimento e medo da criança/jovem e família com necessidades especiais esteve sempre presente nos cuidados e procedimentos realizados aos mesmos. A receção e atendimento afetuoso, tranquilo e dirigido, com a preparação prévia da consulta, transmitem aos pais, segurança, confiança e tranquilidade no atendimento.

No agendamento das consultas, procedimentos e avaliações destacava-se a preocupação com as necessidades da família. Esta orientação antecipatória para a promoção do desenvolvimento e a cooperação da equipa multidisciplinar permitia minimizar o impacto da doença, a nível económico e logístico, reduzindo o número de visitas ao centro assim como o absentismo escolar das crianças e laboral da família.

As consultas de Neonatologia/Follow-up, eram direcionadas para a promoção da saúde, em geral, e do desenvolvimento, em particular. O primeiro contato com o RN/pais/família com a equipa de CDC, geralmente acontecia ainda na unidade de Neonatologia, durante a preparação para a alta do RN. Cabia à enfermeira responsável da consulta procurar a família, apresentando-se e apresentando o centro, quanto à sua localização, estrutura e funcionamento, facultando os contatos diretos do centro aos pais. Esta medida era fundamental para criar o elo de ligação entre a família do RN e o enfermeiro de referência no centro, transmitindo aos pais confiança e tranquilidade ao perceberem que após a alta não estavam sozinhos e sempre que surgissem dúvidas nos cuidados ao RN, tinham a possibilidade de contactar com a enfermeira de referência no centro.

A primeira consulta de enfermagem do RN era preparada com antecedência, através da consulta prévia de toda a história clínica e familiar disponível no processo de internamento na UCIN, esta procedimento permitia orientar, otimizar e rentabilizar o tempo disponível para a consulta. A consulta centrava-se na escuta ativa dos pais/cuidadores, com o intuito de entender a sua perceção e adaptação a esta fase, indagando sobre eventuais dúvidas ou preocupações. Existia a partilha de informações relevantes, como a importância do aleitamento materno, reforçando os seus benefícios tanto para o RN como para a mãe. Foi aplicada a Escala de Desenvolvimento da *Mary Sheridan* Modificada para avaliação rápida do RN. A utilização desta escala contribui para focar a atenção no desenvolvimento psicomotor e social do RN e criança, motivando e encorajando os pais ou cuidadores a expressarem questões e participarem ativamente no desenvolvimento dos seus filhos (DGS, 2012).

No CDC foi possível observar a aplicação de vários instrumentos de avaliação do desenvolvimento neurológico e motor, por diferentes técnicos, tais como: a Escala de Desenvolvimento da *Mary Sheridan* Modificada, aplicada na consulta de enfermagem, a *The Schedule of Growing Skills* na consulta de pediatria do desenvolvimento, a Escala de Desenvolvimento de *Griffiths* na consulta de psicologia e a *Alberta Infant Motor Scale* na intervenção da terapeuta ocupacional. A utilização destes instrumentos de avaliação do desenvolvimento neurológico permite detetar com maior rapidez e habilidade as alterações do desenvolvimento neuro-psicomotor, da mesma forma, que permite delinear as áreas de intervenção, assim como desenvolver estratégias com os pais, de forma a intervir precocemente no potencial de desenvolvimento da criança com alterações no seu desenvolvimento já identificadas ou em risco de surgirem (DGS, 2012).

Este contexto de cuidados possibilitou a aquisição de conhecimentos, essenciais para o desenvolvimento profissional, que visam a promoção do desenvolvimento infantil com

ênfoque na diminuição dos *stressores* na família e na maximização do potencial de desenvolvimento da criança.

2.1.2.2. Consulta Hospitalar de Pediatria

A escolha desta Consulta Hospitalar de Pediatria (CHP) deveu-se à multidisciplinaridade da mesma e porque esta consulta hospitalar privilegia o contato com a criança/jovem e família com patologia crônica, com déficit de desenvolvimento psicomotor ou atraso no crescimento estatuto-ponderal. A CHP abrange um vasto leque de especialidades, tais como: Pediatria Geral, Diabetes, Obesidade Infantil, Endocrinologia, Alergologia, Desenvolvimento Infantil, Pneumologia, Cirurgia Pediátrica, Cardiologia e de Enfermagem.

A CHP apesar de integrar o serviço de Pediatria, partilhava o espaço físico e equipa de enfermagem com o serviço de Consulta Hospitalar Geral. Como consequência da situação epidemiológica vivida, houve necessidade de mobilizar as consultas de diferentes especialidades, incluindo a consulta de Pediatria, para instalações exteriores à unidade hospitalar. O espaço físico onde decorriam as consultas, estava muito distante de reunir as condições desejáveis e indispensáveis para o bem-estar das crianças/ jovens e suas famílias. A consulta de Pediatria era realizada em antigas instalações militares, que foram cedidas ao hospital, visando a recuperação gradual da atividade assistencial de todas as consultas. Segundo a administração do hospital, a deslocalização das consultas prendia-se, essencialmente, com necessidade de desfaseamento e alargamento dos horários de atendimento e limitações físicas das salas de espera do espaço anterior.

A CHP funcionava num espaço despersonalizado e partilhado simultaneamente com os utentes da consulta geral, num ambiente de permanente agitação, onde os corredores de circulação foram transformados em salas de espera frias e descaracterizadas. O espaço era composto por vários gabinetes de atendimento médico dispersos por longos e amplos corredores. O espaço de trabalho da equipa de enfermagem da consulta de pediatria dividia-se em duas salas, a sala de atendimento e sala de tratamentos, onde o ambiente envolvente era frio e pouco acolhedor, no entanto, era notório o esforço dos enfermeiros na tentativa de minimizar esta situação.

A equipa de enfermagem da CHP era constituída por duas enfermeiras, uma EESIP e uma enfermeira generalista, ambas com longa experiência na área de pediatria. Os registos de enfermagem encontravam-se informatizados, utilizando o sistema de informação clínica - SClínico, que permite a consulta e continuidade dos cuidados por outros profissionais de saúde; no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, documento que permite o acesso rápido à

informação relevante sobre o crescimento e desenvolvimento da criança sempre que esta recorre a qualquer serviço de saúde.

Durante o estágio foi possível observar e participar ativamente na consulta de enfermagem de apoio às diversas especialidades médicas e cirúrgicas, em particular a consulta multidisciplinar da Diabetes na Criança e Adolescente. A consulta de enfermagem permitia ao enfermeiro atuar diretamente na promoção da saúde e contribuir para o bem estar da criança/ jovem e sua família.

A equipa multidisciplinar da consulta de Diabetes na Criança e Adolescente era composta por: dois pediatras, duas enfermeiras com formação específica em Diabetologia, uma Nutricionista, uma Psicóloga e uma Assistente Social e contava com o apoio da consulta de Endocrinologia. Desde 2018, que a equipa multidisciplinar desta consulta de Diabetes na Criança e Adolescente era responsável e integrava o Centro de Tratamento de Dispositivos de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina da região sul, o que veio garantir equidade nos cuidados às crianças do Alentejo com Diabetes.

O diagnóstico precoce de doenças crónicas, como a Diabetes *Mellitus* tipo 1⁶ (DM1), a par do progresso científico e tecnológico, não evita a doença, mas viabiliza um plano terapêutico individualizado, mais adequado, permitindo um maior controlo desta e a sua evolução favorável, minimizando e/ou prevenindo complicações futuras. A DM1 é uma doença crónica, complexa, de difícil controlo, com um enorme impacto na qualidade de vida da criança/ jovem com DM1 e conseqüentemente, da sua família (Nobre *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2017).

Segundo as orientações da *International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes* (ISPAD)(2018) o sucesso do tratamento de crianças e jovens com DM1, depende de vários aspetos, tais como: o apoio, a educação, a nutrição, a monitorização da glicose, medicação/ insulina e outras terapias, proporcionadas através de uma equipa de multidisciplinar com competências tanto na área da Diabetes como em Pediatria.

⁶ A Diabetes é uma das doenças crónicas mais frequentes na criança/ jovem, sendo a Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) a mais comuns em idade escolar, com o aumento de cerca de 3% por ano nas crianças e jovens, com maior incidência no grupo etário inferior a 5 anos (International Diabetes Federation, 2015). Em Portugal, de acordo com os dados do Registo Nacional “Diabetes – registo das crianças e jovens”, em 2014, a DM1 em crianças e jovens atingia 3.365 indivíduos com idades entre 0-19 anos, o que corresponde a 0,16% da população portuguesa neste escalão etário, foram diagnosticados 35 novos casos por cada 200.000 crianças com idades compreendidas entre os 0 -14 anos (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2015).

A intervenção do enfermeiro junto da criança/ jovem e família com Diabetes é primordial na adaptação, capacitação e no apoio da família face ao diagnóstico da Diabetes, munindo a família e a criança/ jovem de conhecimentos e estratégias que permitam ultrapassar os obstáculos e fragilidades vividas no seu dia-a-dia. O enfermeiro deve estar apto a ser mediador, educador e agente de transformação no âmbito terapêutico, na promoção da saúde e na prevenção de complicações da doença, dando o suporte necessário para a melhor aceitação da doença e adesão do seu tratamento (Targa *et al.*, 2017).

A observação e participação ativa nas consultas de enfermagem, permitiu intervir nos cuidados a crianças/jovens e famílias com diagnóstico recente de doença crónica. A intervenção do EESIP junto da criança/ jovem e família com DM1 é primordial na adaptação, capacitação e no apoio da família face ao diagnóstico da DM1, munindo a família e a criança/ jovem de conhecimentos e estratégias que permitam ultrapassar os obstáculos e fragilidades vividas no seu dia-a-dia. O enfermeiro deve estar apto a ser mediador, educador e agente de transformação no âmbito terapêutico, na promoção da saúde e na prevenção de complicações da doença, dando o suporte necessário para a melhor aceitação da doença e adesão do seu tratamento (Targa *et al.*, 2017).

Recorda-se a situação específica junto de uma criança de 5 anos e sua família, com diagnóstico recente de DM1, que recorria pela primeira vez à consulta. Durante a consulta, foi possível observar uma família assustada e exausta, tendo a mãe confidenciado que o seu despertador tocava a todas as horas da noite para poder olhar para o seu filho. Neste primeiro contato foi importante conhecer a família e alguma da sua dinâmica familiar, o que permitiu conhecer algumas das necessidades da criança e família e o seu envolvimento emocional nesta situação de crise. Neste processo de cuidados tornou-se essencial para a compreensão da situação, a transmissão de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas já existentes. Foi sempre transmitida uma atitude positiva face à participação dos pais nos cuidados à sua criança, o que permitiu que os pais identificassem e verbalizassem os seus pontos fortes, promovendo o harmonioso funcionamento da família face a esta nova condição de saúde.

Os pais demonstraram uma capacidade de adaptação extraordinária, assim como a aquisição de competências técnicas relacionadas com a avaliação da glicémia, administração de insulina e com a necessidade de adaptação de um novo regime alimentar. Ambos assumiram a responsabilidade dos cuidados, embora a mãe revelasse maior insegurança e mais dúvidas. A forma como a família encara a DM1 tem influência direta no modo como a criança/jovem vive a própria doença, pelo que é fundamental uma boa estrutura familiar, facilitando a aceitação da doença e naturalmente, a manutenção do equilíbrio emocional e metabólico da criança/jovem com DM1 (Conte & Jeneral, 2018). A aceitação da doença

crónica pelos pais está vinculada diretamente à forma como a criança, essencialmente, o jovem encara e aceita a sua nova condição (Silva *et al.*, 2017).

O enfermeiro, especialmente o EESIP, deve ser sensível à condição da família e promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, o que implica avaliar as necessidades específicas da família e capacitá-la para adotar estratégias que favoreçam a adaptação à doença (OE, 2018)

A intervenção do enfermeiro na consulta passava pela realização de ações formativas faseadas à criança/jovem e pais, no âmbito da diabetologia, sempre adequadas às suas características. Além da transmissão de informação sobre a doença, tratamento, sinais de alarme, hábitos alimentares e exercício físico, era dada a oportunidade às crianças/jovens e pais de realizar e experienciar alguns procedimentos, tais como a “picada no dedo”.

A intervenção da equipa multidisciplinar deve promover a saúde, prevenir as intercorrências e minimizar o impacto da doença no quotidiano da criança/jovem e sua família, incluindo o acompanhamento seguro no contexto escolar. O enfermeiro, em particular, o EESIP reúne competências específicas para a adaptação da criança e do adolescente no processo de doença crónica. A Ordem dos Enfermeiros, reconhece ao EESIP, competências para: diagnóstico de necessidades especiais e incapacidades na criança e jovens; capacitação das crianças/jovens e suas famílias para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação; promoção de uma relação dinâmica com crianças e jovens com adaptações adequadas; adequação de suporte familiar e comunitário; desenvolvimento de estratégias promotoras de esperança; referenciação de jovens com doença crónica para instituições de suporte e cuidados especializados (OE, 2018).

A equipa multidisciplinar da consulta de diabetes deve garantir a gestão adequada da doença, desenvolvendo um plano de saúde individual para a criança/ jovem com diabetes. Este plano era desenvolvido com base no plano terapêutico, elaborado na consulta de diabetologia e com a participação do pai/mãe/cuidador, equipa de Saúde Escolar e elementos do docentes e não docentes do estabelecimento de ensino, cabendo ao enfermeiro desempenhar um papel na gestão do plano, nomeadamente articulação e capacitação dos intervenientes (pais, elementos da saúde escolar, professores), assegurando todas as necessidades da criança/jovem (DGS, 2019). O enfermeiro responsável pela consulta da diabetes visitava o estabelecimento de ensino que a criança frequentava, com o objetivo realizar ações de sensibilização, formação e treino para funcionários, bem como, o esclarecimentos dúvidas e receios existentes. O objetivo era garantir a capacitação do pessoal docente e não-docente para assegurar a prestação de cuidados e a identificação de situações de descompensação da diabetes, tal como, a hipoglicémia severa, na qual a

criança/ jovem precisa de ajuda imediata, independentemente, da sua autonomia na gestão da doença (DGS, 2019). A equipa de enfermagem da consulta de pediatria mostrava-se flexível e disponível, sempre que solicitado pelos pais ou qualquer elemento da equipa de escolar, para esclarecimentos ou realização de sessões de formação, agendando com a maior brevidade nova visita ao estabelecimento de ensino.

Apesar do controlo da dor ser um indicador de boas práticas na área dos cuidados de saúde pediátricos. As dificuldades na gestão dor, do medo e da ansiedade da criança/jovem e sua família eram visíveis, especialmente, na consulta de cirurgia pediátrica. Os pais por sua vez também pareciam pouco informados sobre a prestação de cuidados não-traumáticos à criança/jovem e a importância dos mesmos. Para tentar colmatar esta lacuna, foi elaboração de um poster, direcionado para os pais e crianças/jovens, sobre cuidados não-traumáticos, identificando os medos e as reações ao medo e dor, assim como, as medidas não-farmacológicas para cada faixa etária (Apêndice F).

Este contexto de cuidados viabilizou a aquisição de conhecimentos e competências na implementação e gestão de plano de saúde em parceria, promovendo a parentalidade, a capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem, promovendo a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, com enfoque na capacitação da criança/ jovem e família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação , na diminuição dos *stressores* na família e na maximização do potencial de desenvolvimento da criança.

2.1.3. Módulo III - Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia

A Neonatologia é uma disciplina recente na história da medicina, sendo a evolução da Neonatologia indissociável da evolução da Pediatria. A Pediatria como especialidade médica afirmou-se durante a segunda metade do século XIX. Até a meados do século XIX, as crianças e especialmente as crianças que nasciam antes do tempo eram ignoradas pelos médicos. Acreditava-se que a natureza fazia o seu papel selecionando os mais fortes (Rodrigues & Oliveira, 2004).

A elevada morbidade e mortalidade neonatal constituiu uma exigência que preocupou e motivou a sociedade no sentido da compreensão da realidade existente, dos métodos e dos meios necessários à sua resolução. Em Paris, no ano 1892, Pierre Budin (1846-1907), obstetra francês, criou a primeira unidade de puericultura no Hospital Charité, preocupando-se com os cuidados ao recém-nascido para além do momento do parto e instituiu a maioria dos princípios básicos da Neonatologia. Pierre Budin é considerado o pai da Neonatologia

moderna. Em 1963, o termo neonatal é introduzido na nomenclatura médica por Alexander Schaffer na obra "*Diseases of the Newborn*" (Ferraz & Guimarães, 2000).

A escolha da unidade de Neonatologia deveu-se à necessidade de aquisição de conhecimentos e competências específicas na área de cuidados ao Recém-Nascido.

A UCIN escolhida para a realização do estágio, era uma unidade de referência da região sul, recebia recém-nascidos pré-termo e de termo até aos 28 dias de vida, integrada na rede Europeia de Neonatologia e uma entidade acreditada, de acordo com o Programa Nacional de Acreditação em Saúde (PNAS). Reunindo as condições necessárias para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, alicerçados na evidência científica e no respeito por padrões de qualidade definidos por entidades de referência e reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

Esta UCIN situava-se próxima do Bloco de Partos, o que permitia uma melhor acessibilidade e transporte dos recém-nascidos que precisavam de cuidados de saúde diferenciados. No contexto pandémico, a unidade foi reorganizada, de forma a colmatar a necessidade de um espaço destinado a receber os recém-nascidos suspeitos de infeção por Sars-Cov-2, cumprindo as normas de isolamento preconizadas pela DGS. O espaço físico dividia-se em 3 salas:

- ✓ sala **A** composta por três unidades preparadas para receber recém-nascidos com necessidade de cuidados intensivos;
- ✓ sala **B** composta por cinco unidades com incubadoras para receber RN que necessitam de cuidados intermédios e RN e pais a realizar a preparação para a alta;
- ✓ sala **C** com capacidade para receber dois RN suspeitos de infeção por Sars-Cov-2, independentemente do grau de cuidados necessários.

A unidade dispunha de uma sala própria para preparação da medicação, uma sala de enfermagem e um gabinete sala médica. Existia ainda uma sala, "O Cantinho da Amamentação", espaço disponibilizado e equipado com todo o material essencial para extração de leite pelas mães dos RN internados. Em instalações anexadas à unidade existiam três quartos destinados à pernoita dos pais que residissem a mais de 30km da unidade.

Os RN admitidos na UCIN eram maioritariamente provenientes do Bloco de Partos, contudo eram também admitidos RN transferidos do internamento de obstetria, urgência pediátrica e de outras unidades hospitalares. As admissões mais frequentes eram RN com doença respiratória e a hipoxemia neonatal, bem como, RN de baixo peso, prematuros e grandes prematuros de alto risco. Os RN com patologia do foro cirúrgico, nascidos nesta

unidade hospitalar, eram estabilizados na UCIN e depois transferidos para as unidades hospitalares cirúrgicas de referência.

Na generalidade, as unidades de cuidados neonatais são caracterizadas por um ambiente ainda muito clínico, sobrecarregado de estímulos que se revelam nocivos para o bebé, como: som, luz, equipamentos, excessiva atividade e manipulação do recém-nascido (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). No entanto, ao entrar nesta unidade, o espaço envolvente era acolhedor e confortável, as paredes encontravam-se pintadas e decoradas com cores de tons suaves, a luminosidade da unidade era suave, transmitindo tranquilidade. Existia também uma enorme preocupação com o ruído, no entanto a equipa tinha noção que este ainda era excessivo. A equipa estava consciente da importância de promover um ambiente que potenciase a estabilidade fisiológica do RN de risco e diminuísse o impacto negativo, otimizando o seu crescimento e desenvolvimento e que simultaneamente proporcionasse o bem-estar da família e dos profissionais de saúde (Silva, 2019).

A prestação de cuidados nesta UCIN tinha como base o modelo de cuidados *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*⁷ (NIDCAP), sendo a maioria dos enfermeiros certificados pela Federação NIDCAP. Os cuidados de saúde prestados aos RN respeitavam e favoreciam o seu desenvolvimento, com base nas necessidades do RN de risco eram planeados e orientados cuidados de forma individualizada e centrada no RN e sua família. Permitindo que ao RN de risco tornar-se agente ativo dos seus próprios cuidados, procurando o trajeto do seu desenvolvimento, sendo os cuidados planeados com base nas informações inferidas pelo seu comportamento. Ter o RN como o centro dos cuidados pressupõe a interpretação do seu comportamento, tentando compreender as suas necessidades e as estratégias utilizadas por ele para se adaptar ao meio ambiente envolvente, de forma que todas as intervenções planeadas devem promover o seu desenvolvimento global e organização neuro-comportamental (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Desta forma, que o que era adequado para um recém-nascido, podia não o ser para outro, o que funcionava num determinado dia para aquele RN podia não funcionar no dia seguinte.

⁷ *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP) é um programa desenvolvido no início dos anos 80, baseia-se na prestação de cuidados individualizadas, centrados no desenvolvimento do RN e na família. Este programa assenta na observação naturalista, sistematizada e periódica por profissionais certificados pela Federação NIDCAP, que devem elaborar um relatório com orientações e estratégias para a prática dos cuidados, promovendo o vínculo do RN com a sua família e adaptando as condições ambientais às necessidades efetivas do RN pré-termo.

Segundo Hockenberry e Wilson “os enfermeiros são os profissionais que possuem maior impacto sobre o cotidiano vivido pelos seus pequenos recém-nascidos ” (2014, pg.352), tomando decisões sobre os cuidados aos RN de risco, como: realizar a higiene ao final da tarde, fazer contenção mesmo durante a pesagem, embalar para conseguir um adormecer mais tranquilo, despertar tranquilamente antes dos procedimentos ou permitir um sono calmo protelando algumas atividades. Cabe ao EESIP não só reconhecer, que estas atitudes influenciam a recuperação do RN de risco, como ir mais além, percebendo o “como”, o “quando” e o “durante quanto tempo”, produzem grande impacto no desenvolvimento das crianças (Hockenberry & Wilson, 2014). Durante as semanas de estágio nesta unidade, foi possível prestar cuidados diferenciados a RN de risco em parceria com a família, sendo planejados e prestados cuidados individualizados ao RN e sua família, procurando sempre o melhor momento e a forma mais adequada de os realizar, adaptando-os às necessidades específicas do RN de risco e sua família no momento.

A UCIN era um contexto de cuidados muito específico e especializado, sujeito a uma carga emocional vincada, marcado por preocupações, dúvidas e incertezas que assumiam contornos complexos e desafiantes no processo de transição para a parentalidade. A primeira ida dos pais do RN de risco à UCIN, a maioria das vezes determinava o primeiro contato com o seu bebê. O internamento do RN de risco era caracterizado por um momento de crise para os pais, que, por vezes, se torna devastador para o desenvolvimento positivo do papel parental. A separação física e emocional do RN de risco e da mãe ao nascer era rodeada por uma barreira complexa e impenetrável de janelas de vidro e equipamentos especiais ou cuidadores especializados (Hockenberry & Wilson, 2014), interferindo drasticamente no processo de vinculação e, conseqüentemente, nos cuidados para o seu desenvolvimento.

O momento do acolhimento dos pais do RN de risco na unidade, passava pelo reconhecimento mútuo entre pais e profissionais, sendo crucial, que neste primeiro encontro os pais se sentissem acolhidos. A participação ativa no acolhimento dos pais na unidade, era privilegiava a partilhada, sendo o momento onde se realizava a apresentação dos enfermeiros responsáveis pelos cuidados ao RN, da unidade, desmitificando o ambiente assustador, sendo fundamental mostrar disponibilidade para esclarecer as dúvidas e incertezas, assim como, escutar os medos sentidos. O acolhimento era por isso um momento marcante, dando início à criação de uma relação de confiança, empatia, comunicação e comprometimento com a família do RN de risco.

O EESIP pela sua proximidade inerente ao acompanhamento do RN e sua família, assumia um papel influente ao nível da educação para a saúde, acompanhamento das famílias e promoção dos cuidados centrados no desenvolvimento. Na sua intervenção, o

EESIP, não se limitava a fornecer informação estandardizada sobre os cuidados ao RN, mas reconhecia na sua prática a importância dos cuidados centrados no RN e sua família, desde o momento do acolhimento, no decurso do internamento, onde as oportunidades de educação para a saúde derivavam das necessidades de aprendizagem demonstradas pelos pais, dos cuidados individualizados para o desenvolvimento e promoção das competências do RN e dos aspetos relacionados com a preparação para a alta.

Durante o estágio na UCIN, todas as situações experienciadas tinham particular exigência associada à complexidade dos diagnósticos e cuidados necessários. Os RN prematuros, especialmente os RN de extrema prematuridade e extremo baixo peso, constituem um grupo altamente vulnerável, necessitando de cuidados altamente diferenciados. Nesta unidade foi possível observar e prestar cuidados a RN de alto risco, devido a prematuridade extrema⁸ e extremo baixo peso, com necessidade de ventilação assistida e outras complicações associadas, como a hemorragia intraventricular-alveolar. Recorda-se o internamento na unidade de duas gémeas, que nasceram de 24 semanas de gestação, ambas com necessidade de ventilação assistida devido à extrema prematuridade e baixo peso. Foi necessário prestar cuidados diferenciados e de extrema complexidade a ambas, devido à sua fragilidade e instabilidade hemodinâmica e à panóplia de equipamento necessário para manter os sinais vitais adequados.

A atuação do EESIP destacava-se junto dos pais, não só por demonstrar conhecimentos e habilidades na prestação de cuidados altamente diferenciados e especializados, facilitadores da manutenção e estabilidade do RN de risco, com vista a sua recuperação e melhoria do quadro clínico, assim como, tinha um papel de extrema importância no processo de vinculação entre o RN de risco e os pais, no qual promove o bem-estar do RN e pais, envolvendo os pais ativamente nos cuidados ao seu RN.

Os enfermeiros são os principais agentes da promoção dos cuidados parentais por estarem presentes ao longo das 24 horas, junto do RN de risco e sua família, nas primeiras semanas de vida, habitualmente passadas em unidades de cuidados neonatais (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Na promoção do vínculo e competências parentais, foram visíveis algumas das estratégias utilizadas pelos enfermeiros, tais como: esclarecer os pais de como é o seu bebé, elogiando-o de forma ajustada à realidade; reforçar as competências que o seu

⁸ O RN com prematuridade extrema apresenta compromisso quer estrutural quer funcional, por diminuição do surfactante e da superfície disponível para as trocas gasosas. Esta condição é agravada pelo risco de apneia e incapacidade de movimentos respiratórios eficazes para manter a respiração espontânea. Atualmente, a administração de corticoide no período pré-natal, a administração de surfactante exógeno, assim como os progressos na ventilação assistida aumentaram a sobrevida destes RN (Ratola et. al., 2015).

bebé vai adquirindo ao longo do internamento; reforçar a importância da sua presença, voz e toque parental para o desenvolvimento do RN; esclarecer a necessidade de toda a envolvente tecnológica para a sobrevivência e bem estar do RN. Assim como proporcionar uma escuta ativa para que os pais possam partilhar os seus receios e dificuldades.

A técnica de Canguru era muito usada na promoção da vinculação entre o RN e os pais nesta unidade. A efetividade do contato pele a pele entre a mãe e o RN, que esta técnica permite, tem um impacto positivo no desenvolvimento do RN, facilita o controlo fisiológico, da temperatura corporal, regula os comportamentos, promove e fortalece o vínculo entre RN e os pais e estimula a amamentação (Lotto & Linhares, 2018). Durante o estágio a familiarização com esta técnica foi crescente. Os pais no geral mostraram-se recetivos à mesma, apesar de numa fase inicial, ser difícil atendendo às necessidades específicas do RN e à sua insegurança. No decorrer dos dias de internamento do RN, a aceitação da situação e a envolvência no processo de cuidar do seu bebé, facilitava a utilização desta técnica, diminuindo os sentimentos de ansiedade, impotência e medo dos pais.

No decurso do estágio em vários momentos, foi possível observar e intervir nos cuidados à alimentação do RN. Numa fase inicial, na impossibilidade de estabelecer a amamentação ou alimentação oral devido à sua imaturidade ou incapacidade de coordenar sucção, deglutição e respiração, a alimentação era realizada através de sonda gástrica, com o intuito de suprimir as necessidades nutricionais e alimentares do RN de risco. A iniciação da alimentação oral, era uma intervenção autónoma de enfermagem que estava dependente da avaliação das competências orais e prontidão alimentar do RN. Esta intervenção requeria dos enfermeiros competências e conhecimentos científicos para uma tomada de decisão responsável e fundamentada. Para ser bem-sucedida, era necessário que o RN de risco alcançasse o desenvolvimento e a maturidade adequada para a sua iniciação (Brantes & Curado, 2021). A equipa de enfermagem mostrava preocupação em incentivar o desejo da mãe em amamentar, no entanto, a alimentação oral era habitualmente estabelecida com o recurso ao biberão. Apesar da equipa ter conhecimento de outras técnicas, nomeadamente o copo ou *finger-feeding*, mostrava-se renitente à sua utilização, mencionando a falta de formação para a aplicação correta da técnica e o fator tempo como um obstáculo à sua aplicação.

Apesar de todos os cuidados planeados e realizados ao RN de risco serem individualizados e contínuos, o método de trabalho utilizado pela equipa de enfermagem era o método individual. Os cuidados de enfermagem eram prestados aos RN de risco por enfermeiros diferentes a cada turno. Como refere Mendes, o método individual de trabalho consiste na "(...)prestação de cuidados de enfermagem individuais a um ou mais doentes,

estando esta responsabilidade circunscrita ao trabalho de um período de tempo, que corresponde regra geral ao trabalho de um turno.” (Mendes, 2012, pg. 141). Não obstante, a equipa tinha implícito nas suas intervenções o conceito de cuidados individualizados ao RN, assim como os CCF, planeando e gerindo os cuidados de forma individualizada e personalizada atendendo às necessidades do RN e da sua família.

Em sentido contrário a toda a evolução tecnológica e cuidados diferenciados prestados nesta unidade, a uniformização e informatização dos registos de enfermagem ainda pareciam uma realidade longínqua, pois estes eram ainda realizados em suporte de papel e posteriormente arquivados no processo clínico do recém-nascido.

A prescrição da medicação era realizada por via eletrónica. Posteriormente impressa, para que a equipa de enfermagem tivesse acesso à prescrição e respetivas alterações, sendo transcrita para a folha de registo de enfermagem. Não obstante já estar informatizada a prescrição de terapêutica neste hospital, na UCIN esta não era utilizada na íntegra.

Este contexto de cuidados possibilitou, essencialmente, a aquisição de conhecimentos, que visam dar resposta às necessidades específicas do RN, na promoção da vinculação, avaliando e promovendo o desenvolvimento da parentalidade, demonstrando capacidade de comunicação, utilizando estratégias promotoras de esperança realista, negociando o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN e promoção do contacto físico entre pais e RN.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO

3.1. Metodologia

A Metodologia de Projeto é um processo de investigação centrado na identificação de um problema real e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Implica que exista uma relação entre a teoria e a prática, sendo que “o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática” (Ruivo et al., 2010, p.3).

Sendo que a “investigação é uma atividade de natureza cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objetivo de indagação e que contribui para explicar e compreender os fenómenos sociais. É através da investigação que se reflete e problematizam os problemas nascidos na prática, que se suscita o debate e se edificam as ideias inovadoras” (Coutinho, 2020, pg. 7).

Esta metodologia implica trabalho em grupo, envolvendo os investigadores e a população incluída no estudo, é apoiada e sustentada pela pesquisa sistemática, controlada e participativa, procura identificar o problema e a sua resolução através de ações práticas (Ruivo *et al.*,2010).

Esta desenvolve-se em seis etapas: o diagnóstico da situação, a definição do problema, o planeamento, a execução e avaliação e por último a divulgação de resultados (Ruivo *et al.*,2010).

Para melhor perceção do projeto desenvolvido, segue-se a exposição das etapas do mesmo.

3.2. Cultura de Notificação de Incidentes em Contexto Pediátrico

O tema do Projeto de Intervenção foi a Segurança do Doente Pediátrico, dando destaque à Notificação de Incidentes no contexto de cuidados de saúde pediátricos, enquadrado na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”. Pretendeu-se que o projeto de intervenção fosse transversal a todos os campos de estágio.

Segundo Fragata (2011), a segurança do doente é uma dimensão fundamental na qualidade dos cuidados em saúde, sendo um tema da maior atualidade e o grande desafio do século XXI. Apesar de todo o conhecimento desenvolvido sobre a segurança do doente

pediátrico nos últimos anos, atualmente, os incidentes em saúde ainda afetam cerca de um terço das crianças hospitalizadas (Mueller *et al.*, 2019).

Com base na evidência documentada, que fundamentou o enquadramento teórico, define-se como problema real e atual “A subnotificação de incidentes na área da saúde pediátrica”.

3.2.2. Diagnóstico da Situação

O diagnóstico da situação, é a etapa inicial desta metodologia, visa a construção de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificado, ou seja, a constituição de “(...) um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar.” (Ruivo *et al.*, 2010, pg.10).

Na área da saúde, o diagnóstico da situação permite justificar as atividades a desenvolver nas unidades, funcionando como padrão de comparação no momento da avaliação, sendo o ponto de partida para o sucesso ou avanço alcançado com medidas implementadas (Ruivo *et al.*, 2010).

A rápida realização do diagnóstico da situação é crucial, de modo a permitir a intervenção em tempo útil (Ruivo *et al.*, 2010). Este é um processo dinâmico e contínuo, na medida em que “(...) não se parte do mesmo ponto inicial, mas de um ponto aperfeiçoado, com o intuito de ter em atenção as alterações na realidade (...) não descurando as dificuldades e complicações inerentes.” (Ruivo *et al.*, 2010, pg.10).

O diagnóstico inicia-se com a identificação do problema, que irá determinar necessidades, “(...) na qual é importante identificar os precursores dos problemas e as consequências dos mesmos.” (Ruivo *et al.*, 2010, pg.11). De acordo com os mesmos autores, a definição do problema consiste na fase inicial da concretização de uma investigação ou na elaboração de um projeto.

Foi delineada a situação-problema com recurso ao método dedutivo, onde o ponto de partida foram as teorias já existentes, com início no geral e abstrato, passando para os fenómenos ou contextos mais específicos (Ruivo *et al.*, 2010). Numa fase inicial foi realizada uma pesquisa bibliográfica na procura de evidência científica recente, que demonstrou a existência de muito trabalho e investimento realizado na área da Segurança do Doente, mas quando se especifica para o contexto pediátrico, ainda existe uma lacuna, constituindo um motivo de preocupação a nível nacional e internacional.

Para realizar o diagnóstico da situação, foram realizadas em cada campo de estágio reuniões informais e entrevistas semiestruturadas com o enfermeiro orientador, enfermeiro chefe e sempre que possível integraram esta atividade o enfermeiro responsável pela gestão da segurança e qualidade dos cuidados no serviço e enfermeiro responsável pela formação. Estas reuniões visaram conhecer as principais fragilidades e necessidades referentes à Segurança do Doente Pediátrico, especialmente no que se refere à notificação de incidentes, permitindo planificar as intervenções a desenvolver.

No diagnóstico da situação foram utilizados vários instrumentos de diagnóstico, entre os quais a aplicação de um questionário. Os instrumentos de diagnóstico permitem a “(...) identificação e validação dos problemas, aos quais pretendemos dar resposta (...)”, sendo que a escolha do método que se utiliza depende de vários fatores como é o caso dos objetivos, o tempo disponível, do contexto e os participantes (Ruivo et al., 2010, pg.13).

Segundo Fortin (2009), o questionário consiste num conjunto de enunciados ou questões que permitem avaliar as atitudes, as opiniões ou colher qualquer outra informação junto dos sujeitos. Esta ferramenta permite aos inquiridos sentirem-se mais seguros e exprimirem livremente as suas opiniões individuais, visto que alguns temas podem ser de carácter sensível, podendo suscitar algum desconforto por parte dos inquiridos na sua prática profissional diária ou de alguma forma lesar os seus direitos fundamentais (Fortin, 2009).

O questionário utilizado foi uma adaptação do questionário aplicado no estudo de Paula Bruno (2010) “Registo de incidentes e eventos adverso: implicações jurídicas da implementação em Portugal”. Inicialmente, foi requerida autorização formal à autora do questionário para a adaptação e aplicação do mesmo, tendo sido obtido o seu consentimento (Anexo I).

No questionário, foi facultada uma breve nota introdutória sobre o projeto a ser desenvolvido, qual o objetivo, apelo à participação, orientações sobre o preenchimento do questionário e a garantia de confidencialidade e anonimato dos dados obtidos. Assumiu-se que os participantes, que completaram e reencaminharam o questionário, aceitaram participar no estudo de forma voluntária, dispensando-se a utilização de documento para informação aos participantes e obtenção do seu consentimento (Apêndice G).

Foi definida como população-alvo deste projeto de intervenção enfermeiros que exercem funções nos diferentes contexto de cuidados pediátricos. Pelo que, o questionário foi aplicado a uma amostra de enfermeiros que exercia funções na área de cuidados pediátricos de um hospital da região sul.

A população-alvo define-se como um conjunto de elementos com características comuns e que satisfazem os critérios de seleção previamente definidos, para o grupo a quem se aplicam os resultados do estudo (Fortin, 2009). A população à qual se destina o projeto deve ser envolvida como sujeito ativo que contribui para conhecer e transformar a sua própria realidade (Ruivo *et al.*, 2010).

A aplicação do questionário teve como intenção perceber a real perceção da realidade da população-alvo sobre a Segurança do Doente Pediátrico, nomeadamente a prática de notificação de incidentes dos enfermeiros em contextos de saúde pediátricos. Considerou-se este um estudo descritivo, tendo como finalidade “(...) compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou conceptualizar uma situação.” (Fortin, 2009, pg. 221). Pretendeu-se recolher a informação necessária junto da população para descrever a “incidência de um fenómeno corresponde ao inquérito de investigação”(Fortin, 2009, pg. 221).

Vários estudos revelam que a notificação de incidentes é maioritariamente efetuada pelo enfermeiro. Este tem uma enorme influência na segurança do doente, sendo a classe profissional mais numerosa nos hospitais portugueses e por força das características do seu papel, são os únicos profissionais da saúde que permanecem 24 sobre 24 horas junto dos doentes. Devido às competências e características do seu desempenho profissional, este grupo profissional tem uma intervenção determinante nos cuidados ao doente, encontrando-se muitas vezes entre a tomada de decisão e a execução (Fernandes & Queirós, 2011).

A aplicação do questionário permitiu objetivar os dados e o tratamento numérico da informação, possibilitando a análise e tratamento estatístico dos resultados obtidos (Ruivo *et al.*, 2010). O questionário é o método de colheita de dados mais utilizados por investigadores e “(...) exige da parte do investigador uma definição clara do objetivo do estudo, um bom conhecimento do estado da investigação sobre o fenómeno considerado e uma ideia clara da natureza dos dados a recolher.” (Fortin, 2009, pg. 380).

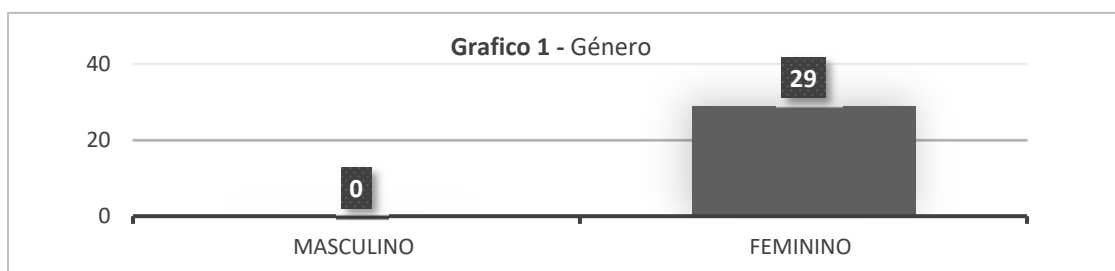
Os questionários foram distribuídos *online* a uma amostra de 58 enfermeiros, dos quais resultaram 29 respostas. A resposta ao mesmo foi obtida de forma voluntária garantindo a confidencialidade dos participantes.

3.2.3. Caracterização da População-Alvo

Dos 29 inquiridos que responderam ao questionário verificou-se que a totalidade é do género feminino (figura 3.1), indo ao encontro das características do universo da Enfermagem em Portugal, sendo este maioritariamente representado por enfermeiras, na qual para um total de 78.117 membros da OE, cerca de 64.292 (82%) são do sexo feminino e 13.825 (18%)

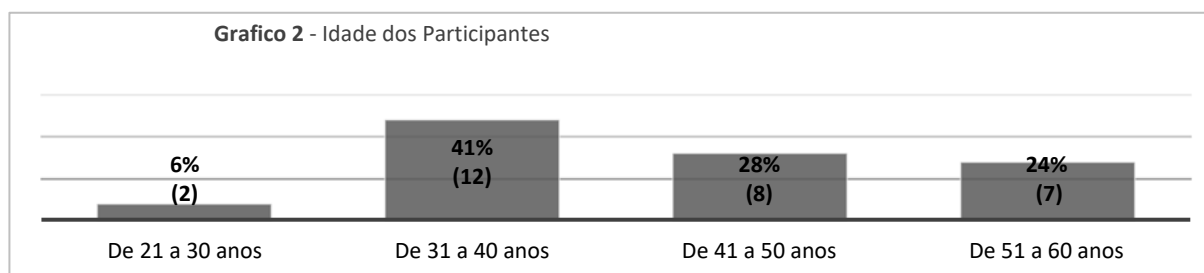
do sexo masculino (OE, 2021), bem como, com as características das equipas de enfermagem encontradas nos diferentes campos de estágio onde o género feminino predominava. Esta predominância é explicada pela tendência histórica da Enfermagem, segundo Collière (1989) a prática de cuidados está associada à mulher desde a idade média.

Figura 3.1- Género



Em relação à variável idade observou-se que 41% (12) das enfermeiras tem idade compreendidas entre os 31 a 40 anos, que a maioria 52% (15), tem idade superior a 40 anos e apenas 6% (2) dos participantes tem idade inferior ou igual a 30 anos, (figura 3.2), sendo esta distribuição característica da enfermagem em Portugal, onde mais de metade dos enfermeiros apresenta idades compreendidas entre os 31 e os 50 anos (55%) e a faixa etária entre os 31 e os 40 anos é a mais representativa com 34% (OE, 2021). A maioria da amostra tem idade inferior a 50 anos de idade, num total de 75%, o que permite demonstrar que se trata de uma população jovem, facto facilitador da aceitação da introdução de novas políticas e estratégias inerentes à de segurança do doente, nomeadamente no incentivo e adesão à notificação de incidentes, com o objetivo da melhoria da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Figura 3.2- Idade dos participantes



Quanto à variável tempo de exercício profissional, a maioria dos participantes, 79%, exerce a sua atividade profissional à mais de 10 anos, 17% desempenha funções entre 5 a 10 anos e apenas 3% entre 2 a 4 anos (figura 3.3). No que se refere ao grau académico 83%, das enfermeiras inquiridas detém o título de enfermeira especialista, 14% possuem o título de Mestrado e apenas um elemento detém a Licenciatura em Enfermagem, (figura 3.3). Esta

distribuição não corresponde à distribuição característica do universo de enfermagem em Portugal, na qual a maioria de enfermeiros a detem apenas o título de enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2021).

Figura 3.3 - Caracterização dos inquiridos quanto ao grau académico e tempo de exercício profissional

Caraterização dos inquiridos quanto ao grau académico e tempo de exercício profissional				
Grau Académico	Tempo de Exercício Profissional			Total
	2 a 4 anos	5 a 10 anos	+ 10 anos	
Licenciatura			3% (1)	3% (1)
Especialista	3% (1)	3% (1)	76% (22)	83% (24)
Mestrado		14% (4)		14% (4)
Total	3% (1)	17% (5)	79% (23)	100% (29)

3.2.4. Definição de Objetivos

A definição dos objetivos é a segunda etapa do projeto de Intervenção e um ponto fulcral a elaboração do projeto. No entanto, o momento da sua definição gera alguma divergência entre autores, alguns defendem a sua definição na etapa da planificação, outros no desenrolar do projeto (Ruivo et al., 2010).

Os objetivos são a representação antecipatória das ações a realizar, centradas nos resultados a alcançar. Estes podem "(...) incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico" e devem ser "(...) claros; de linguagem precisa e concisa; em número reduzido; realizáveis; mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração." (Ruivo et al., 2010, p.19).

Como **objetivo geral** foi definido:

- ✓ Contribuir para a promoção da cultura de segurança e qualidade dos cuidados de Enfermagem, em contexto pediátrico, através do desenvolvimento e implementação de estratégias adequadas à notificação de incidentes.

Como **objetivos específicos** foram definidos:

- ✓ Conhecer a prática de notificação de incidentes dos enfermeiros.
- ✓ Identificar as barreiras à adesão à notificação de incidentes.
- ✓ Sensibilizar os enfermeiros para a importância da notificação de incidentes.
- ✓ Promover a adesão à notificação de incidentes junto dos enfermeiros.

3.2.5. Planeamento

O planeamento é a terceira etapa do projeto, a qual consiste na elaboração de um plano pormenorizado das atividades a desenvolver para concretização do projeto. Esta etapa implica o levantamento dos recursos disponíveis, bem como a identificação das limitações e condicionantes do projeto (Ruivo *et al.*, 2010).

As atividades planeadas, estratégias e os meios a utilizar devem estar diretamente relacionadas com os objetivos específicos já alicerçados. Nesta etapa, também, deve ser realizada a calendarização das atividades/estratégias a desenvolver, através da construção de um cronograma (Ruivo *et al.*, 2010).

Nesta etapa foram definidas as estratégias e atividades específicas a desenvolver nos vários campos de estágio visando a promoção da cultura de notificação de incidentes na equipa de enfermagem.

Descrição das atividades a desenvolver para dar resposta aos objetivos específicos e concretização do projeto:

Objetivo específico 1: Conhecer a prática de notificação de incidentes.

- ✓ Pesquisa de evidência científica sobre o tema.
- ✓ Aplicação do questionário aos enfermeiros e análise dos dados colhidos.
- ✓ Reunião com os elementos-chave da equipa de enfermagem nos diferentes campos de estágio.
- ✓ Consulta dos relatórios anuais de incidentes, normas e protocolos existentes.

Objetivo específico 2: Identificar as barreiras à adesão à notificação incidentes.

- ✓ Pesquisa de evidência científica sobre o tema.
- ✓ Adaptação e aplicação do questionário aos enfermeiros e análise dos dados colhidos.
- ✓ Reunião com os elementos-chave da equipa de enfermagem nos diferentes campos de estágio.

Objetivo específico 3: Sensibilizar os enfermeiros para a importância da notificação de incidentes;

- ✓ Pesquisa de evidência científica sobre o tema.
- ✓ Consulta dos relatórios anuais de incidentes e normas ou protocolos existentes.
- ✓ Realização de ações de sensibilização e formação sobre o tema.

Objetivo específico 4: Promover a adesão à notificação de incidentes junto dos enfermeiros.

- ✓ Pesquisa de evidência científica sobre o tema.
- ✓ Consulta de consulta dos relatórios anuais de incidentes e normas ou protocolos existentes.
- ✓ Realização de ações de sensibilização e formação sobre o tema.
- ✓ Construção ou revisão do formulário de preenchimento de incidentes críticos.

3.2.6. Execução ou Implementação do Projeto

A execução do projeto é a quarta etapa desta metodologia e é referida como a mais árdua (Ruivo *et al.*, 2010). Esta consiste na materialização do projeto edificado nas etapas anteriores, colocando em prática todas as ações planeadas, ou seja, “(...) o que anteriormente era somente um real construído mentalmente, um esboço de desejo”, começa a tornar-se numa situação real construída (Ruivo *et al.*, 2010, pg. 23), respeitando, sempre que possível, a sequência e os tempos previstos.

Nesta etapa, podem surgir limitações e imprevistos que induzam a necessidade de realizar alterações ao planeado inicialmente. Existindo a necessidade de analisar as possibilidades de recuperação, definindo e desenvolvendo estratégias para que os objetivos definidos sejam alcançados. O investigador deve estar preparado para superar as dificuldades decorrentes da eventualidade e imprevisibilidade da existência de contratempos, (Ruivo *et al.*, 2010).

A execução implica a recolha de dados através do contato com a realidade envolvente e pesquisa no âmbito teórico possibilitando a recolha de informação e documentação, que permita a intervenção nível do problema identificado e de acordo com os objetivos definidos, bom como, as atividades a desenvolver para os atingir os objetivos. A gestão do tempo previamente estabelecido e a mobilização dos recursos disponíveis devem ser orientados com rigor (Ruivo *et al.*, 2010).

Objetivo específico 1: Conhecer a prática de notificação de incidentes.

Através da pesquisa de evidência, das reuniões com os elementos-chave, consulta do histórico de notificação de incidentes nos distintos campos de estágio e análise dos dados obtidos da aplicação dos questionários, foi possível conhecer a prática de notificação de incidentes dos enfermeiros nos contextos de cuidados de saúde pediátrico.

Com a análise dos dados verificou-se que.:

- ✓ 93%, maioria dos enfermeiros inquiridos, tem conhecimento da existência do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (*notific@*)(figura 3.5);
- ✓ totalidade dos inquiridos que têm conhecimento da plataforma *notific@*, sabem que este é anónima e de caráter não punitivo (figura 3.6);
- ✓ só 22% dos inquiridos que têm conhecimento da plataforma *notific@*, referem ter utilizado a mesma (figura 3.7).

Figura 3.4 - Conhecimento da existência do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (*notific@*).

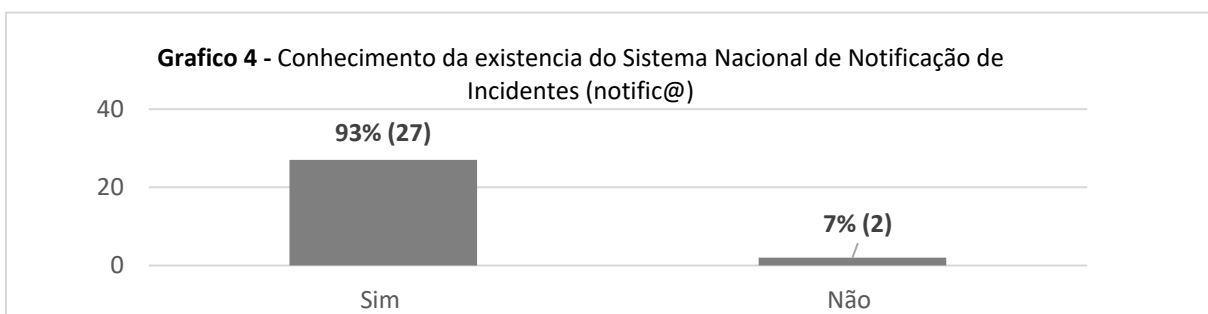


Figura 3.5 - Tem conhecimento de que o Sistema Nacional de Incidentes é anónimo e de caráter não punitivo

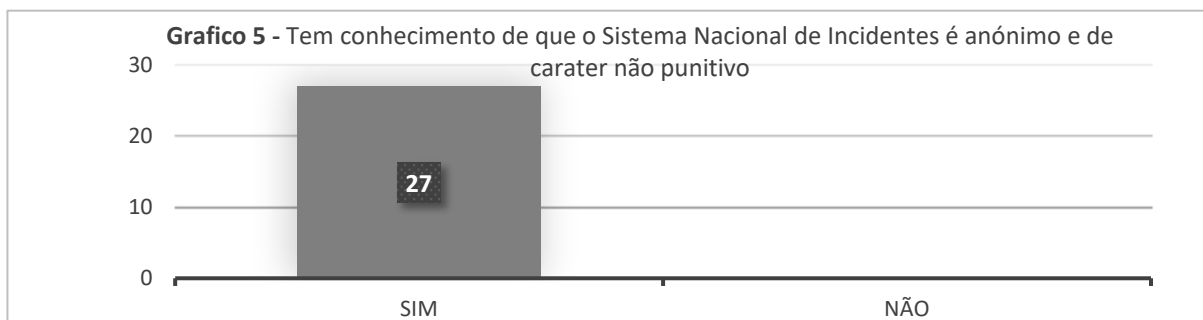
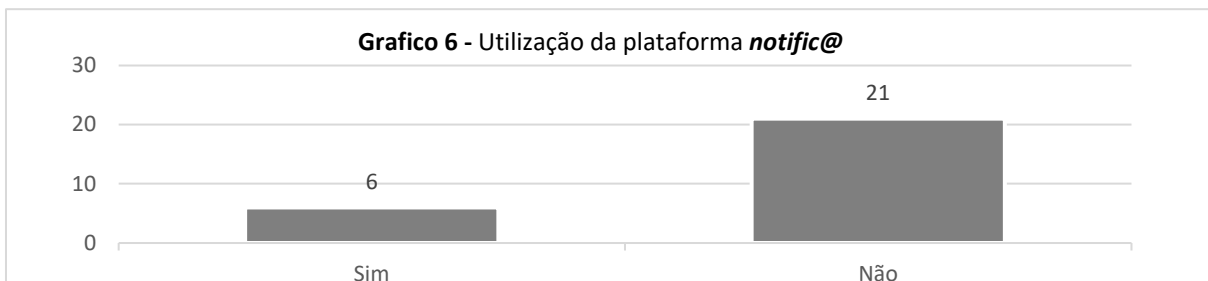


Figura 3.6- Utilização da plataforma *notific@*

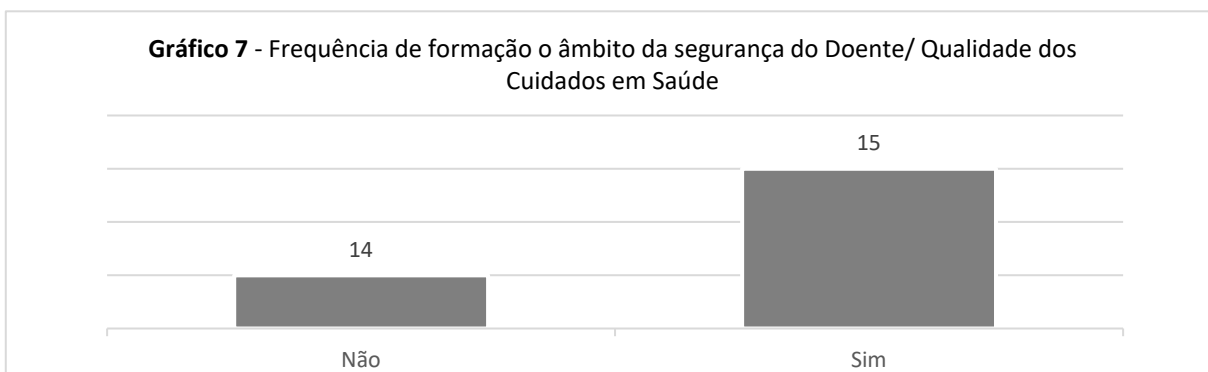


Na questão “Se no seu hospital está implementado algum sistema de notificação de incidentes?”, 90% dos inquiridos responde saber e 10% responde não saber. No que se refere à utilização do sistema de notificação de incidentes implementado no hospital, 12% refere ter utilizado. A plataforma de notificação adotada pelo hospital e utilizada nos serviços de

pediatria onde foi realizado o estudo é o *notific@*. À questão “Se concorda com a plataforma utilizada no seu hospital?”, 8% não concordar, referindo que o sistema de notificação é muito abrangente, pouco dirigido à criança e salientam a ausência de feedback.

Na questão “se já frequentou formação no âmbito da Segurança do Doente/Qualidade dos Cuidados em Saúde”, 52% respondeu afirmativamente, (figura 3.8).

Figura 3.7 - Frequência de formação o âmbito da segurança do Doente/ Qualidade dos Cuidados em Saúde

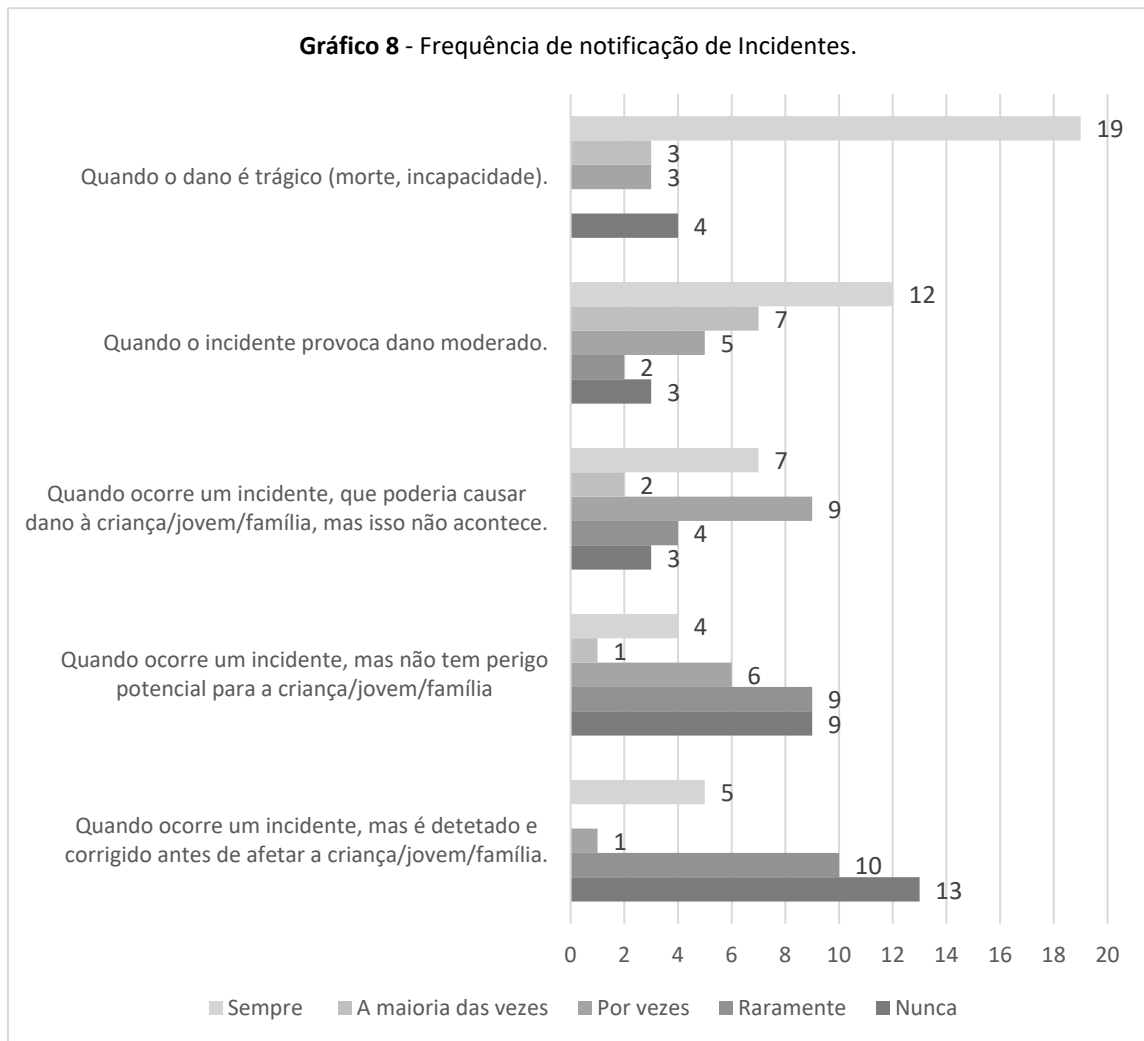


No que se refere à frequência com que os incidentes são notificados, foi utilizada a escala de *Likert* a que corresponde: 1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Por vezes; 4 – A maioria das vezes; 5 – Sempre.

Após análise das respostas obtidas verificou-se que a frequência de notificação aumenta com a gravidade do dano causado ao doente. Dos inquiridos 66% referiram notificar incidentes quando o dano é trágico, como a morte e a incapacidade, seguido dos incidentes que causam dano moderado, (figura 3.8). Corroborando com os resultados apresentados no estudo realizado por Bruno (2010), Lima (2011) e Martins (2017), nos quais a notificação de incidentes parece depender do seu nível de gravidade e do tipo de Incidente, verificando-se que são notificados com maior frequência incidentes que causem dano, incapacidade ou morte, quando comparados com os eventos não prejudiciais ou situações de risco.

Segundo Lima (2011), é recomendável que se notifiquem todos os incidentes, incluindo os acontecimentos menos graves e os “*near misses*”, referindo que a partir da análise destes poder-se-ia aprender com os mesmos, sem que daí resultasse qualquer dano para o doente. Torna-se então fundamental “(...)uma política de gestão de erro e o hábito de notificar todas as situações que ocorram fora do previsto, para que as entidades competentes possam analisar e avaliar o erro e a sua trajetória, afim de adquirirem as defesas e os meios adequados que permitam que os erros não se transformem em grandes acidentes” (Lima, 2011, pg.55).

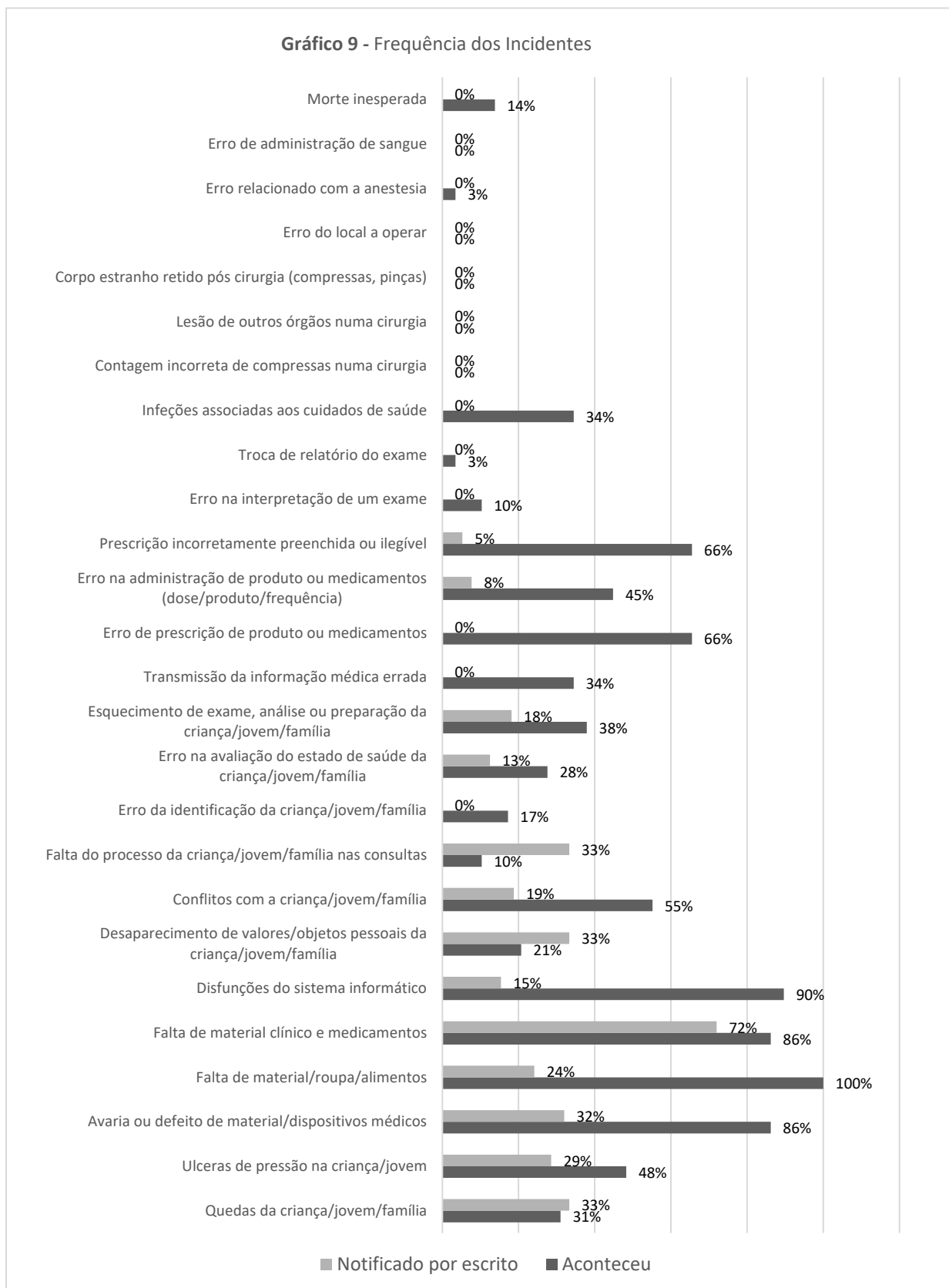
Figura 3.8 - Frequência de notificação de incidentes



Na questão 11, foi apresentada uma lista de 26 incidentes e solicitado aos inquiridos que identifiquem os incidentes que aconteceram no seu local de trabalho e se foram ou não notificados por escrito (figura 3.10). Para apurar a frequência de notificação foi considerado o número de inquiridos que responderam “Já aconteceu e não notifiquei por escrito” e “já aconteceu e notifiquei por escrito”.

Constatou-se que os incidentes que ocorrem com maior frequência estão relacionados com a “Falta de material/roupas/alimentos”, referido pela totalidade dos participantes; seguidos das “Disfunções do sistema informático” com 90% dos inquiridos; “Avaria ou defeito de material/dispositivos médicos” e “Falta de material clínico e medicamentos” ambos com 86% dos inquiridos (figura 3.10).

Figura 3.9 - Frequência de incidentes



Dos incidentes que aconteceram com maior frequência e foram notificados por escrito, destacam-se:

- Falta de material clínico e medicamentos, 72%;
- Falta do Processo da criança/jovem/família nas consultas, 33%;
- Desaparecimento de valores/objetos da criança/jovem/família, 33%;
- Quedas da criança/jovem/família, 33%;

Constatou-se que mesmo nos incidentes referidos como mais frequentes a frequência de notificação é residual, como exemplos: Falta de material/roupas/alimentos” que foi referida por 100% dos inquiridos, apenas 24% refere ter notificado e as “Disfunções do sistema informático” referida por 90% dos inquiridos, dos quais apenas 15% notificaram este incidente.

Os incidentes relacionados com a “Falta de material clínico e medicamentos” foi o incidente mais notificado pelos inquiridos, onde 72% dos inquiridos referem ter notificado.

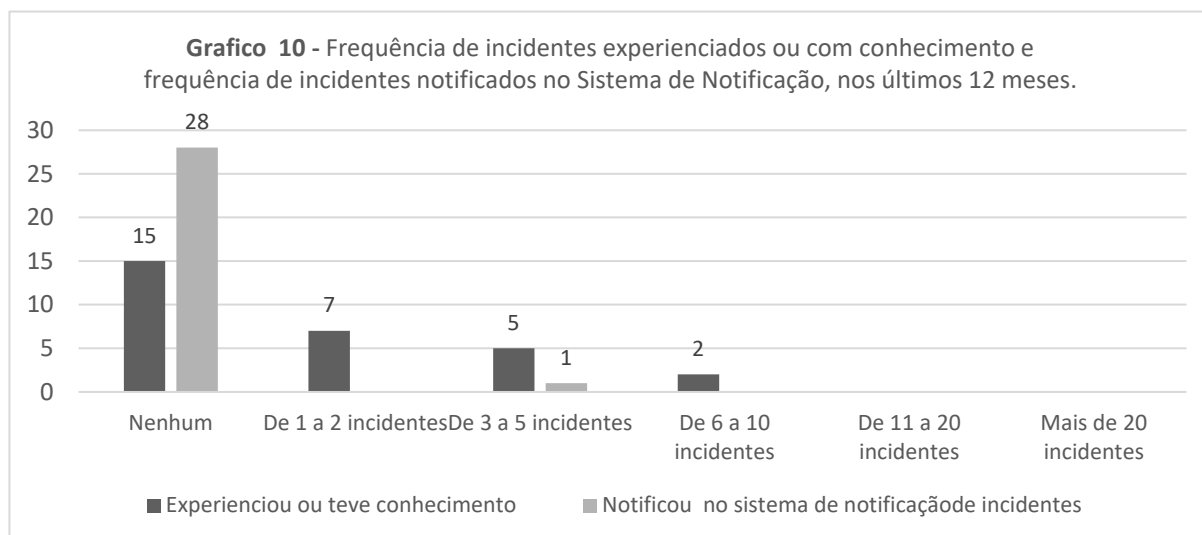
A destacar a ocorrência de incidentes relacionados com as “quedas da criança/jovem/família”, dos quais apenas 33% das ocorrências identificadas foram notificadas, apresentando uma taxa de notificação bastante inferior comparativamente aos estudos realizados por Bruno (2010), Lima (2011) e Martins (2017). No estudo do Martins (2017) a notificação de incidentes relacionados com a queda de doentes foi de 100%. Sendo este o incidente que ocorre com maior frequência nos hospitais portugueses, seria de esperar uma maior taxa de notificação, uma vez que o registo de quedas é um indicador de qualidade. O facto do acontecimento da queda muitas vezes não provocar dano no doente, pode condicionar a notificação, apresentado no gráfico 8 (figura 3.9), que demonstra que a maioria dos enfermeiros apenas notifica quando o incidente provoca dano grave ao doente.

Na análise dos resultados verifica-se que 14% dos inquiridos identificaram a ocorrência de morte inesperada e nenhum notificou o mesmo, contrariando os resultados apresentados no gráfico 8 (figura 3.9), onde se destacava que os inquiridos notificam mais incidentes quando o dano é trágico, como a morte e a incapacidade.

Quando questionados sobre a frequência de incidentes experienciados ou com conhecimento e a frequência de incidentes notificados nos últimos 12 meses, verificou-se que 52% dos inquiridos não experienciou ou teve conhecimento da ocorrência de incidentes e 48% refere ter experienciado ou teve conhecimento da ocorrência de um ou mais incidentes (figura 3.11). Quanto à frequência de notificação de incidentes nos últimos 12 meses, apenas

um enfermeiro referiu ter notificado incidentes de segurança, mostrando que 97% dos enfermeiros inquiridos não notificou qualquer incidente, nos últimos 12 meses.

Figura 3.10 - Frequência de incidentes experienciados ou com conhecimento e frequência de incidentes notificados no Sistema de Notificação, nos últimos 12 meses



No estudo de Bruno (2010) observou-se que a frequência de registo de incidentes pelos inquiridos era muito baixa, mostrando que metade dos inquiridos não registou nenhum incidente. No estudo realizado por Silva et al. (2018) aos enfermeiros na área pediátrica, apenas 4,4% dos enfermeiros referem ter notificado algum incidente. Os resultados obtidos nestes estudos denunciam a fragilidade do Sistema de Notificação de Incidentes, onde a subnotificação é ainda uma realidade. Apesar da crescente percentagem de notificação de incidentes na plataforma nacional - *notific@*, ainda existe um longo caminho por percorrer na melhoria do sistema de notificação, para que se consiga aumentar a adesão à notificação de incidentes e os registos consigam refletir a realidade nacional (DGS, 2014). Estes dados confirmam que apesar da investigação nesta área mostrar que cerca de 10% dos doentes são vítimas de um incidentes ao receberem cuidados de saúde, alguns erros passam despercebidos e muitos não são registados apesar de provocarem danos irreversíveis no doente, inclusive a morte (WHO, 2008).

Foi possível verificar junto da equipa do SIP e UCIN que a maioria dos enfermeiros tinha conhecimento da existência do Sistema Nacional de Notificação De Incidentes, no entanto, a maioria dos enfermeiros referiu nunca ter utilizado o mesmo. No SIP com o objetivo de incrementar a prática de notificação de incidentes foi adotado um sistema de notificação interno, que consiste num formulário de simples e rápido preenchimento, direcionado essencialmente para a notificação de incidente relacionados com o circuito do medicamento. O formulário preenchido, era colocado na “Safebox”, de forma a garantir a confidencialidade

e anonimato do notificador. Esta iniciativa foi bem acolhida pela equipa e promoveu um aumento da notificação de incidentes.

Objetivo específico 2: Identificar as barreiras na adesão à notificação de incidentes.

Este objetivo foi possível de atingir através da aplicação dos questionários e pesquisa realizada.

De forma a identificar as barreiras na adesão à notificação de incidentes, foram apresentadas 12 razões para a subnotificação de incidentes aos enfermeiros, na questão “Obstáculos à notificação de incidentes”. Foi efetuada a análise utilizando a Escala de *Liket*, em que 1- corresponde a Discordo Totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Verificou-se que os principais obstáculos à notificação de incidentes são obstáculos de caráter organizacional (Figura 3.12), tais como: esquecimento devido à sobrecarga de trabalho, 34% dos inquiridos; dificuldade na utilização da aplicação informática, 21% dos inquiridos e o desconhecimento dos incidentes a registar por 34% dos inquiridos.

A não notificação de incidentes foi atribuída por 24% dos inquiridos, ao facto de frequentemente ser desnecessária devido às circunstâncias ou evolução do caso.

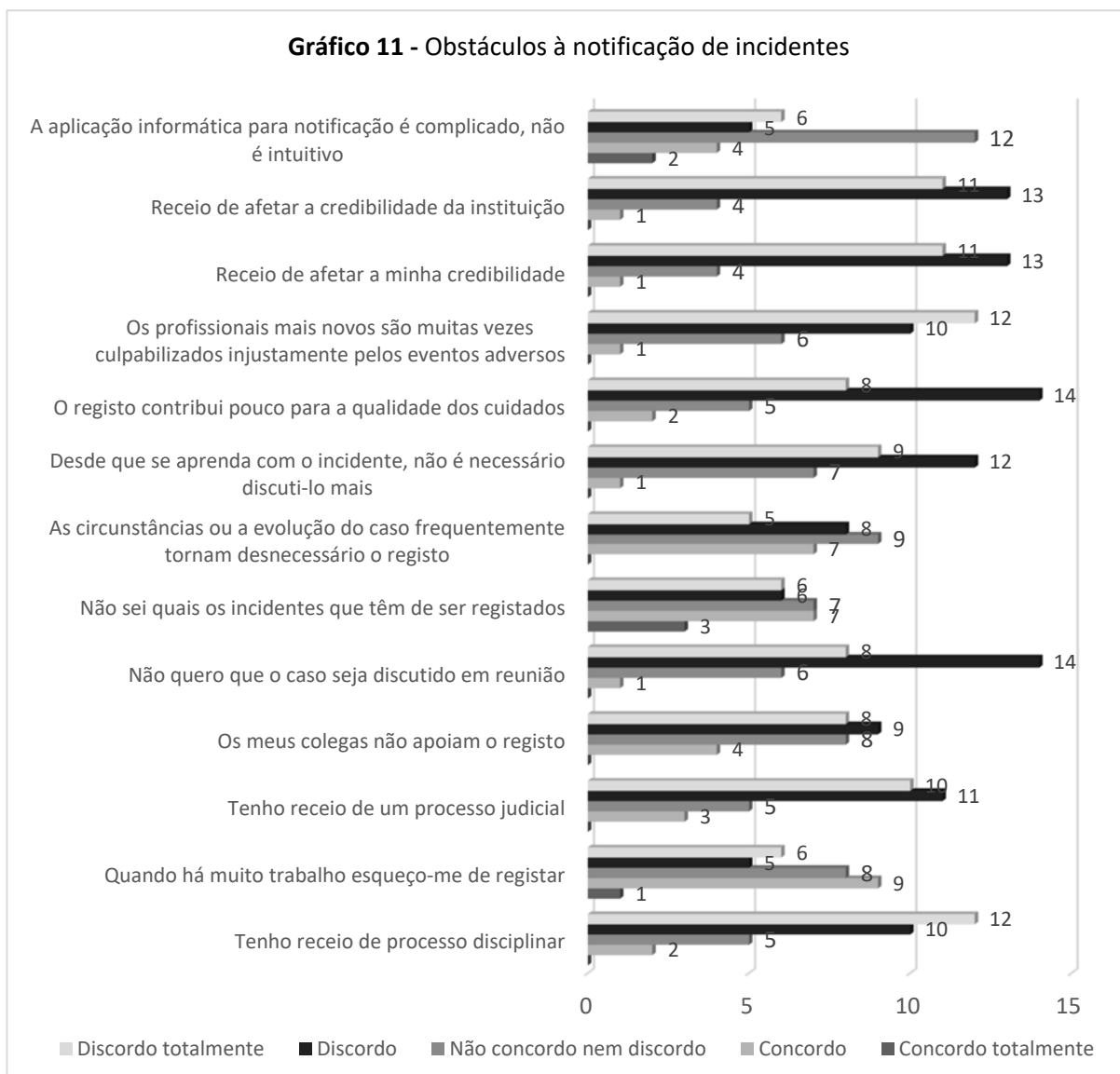
Tal como no estudo realizado por Bruno (2010) e Lima (2011) as principais razões apontadas como obstáculo à notificação de incidentes foram o esquecimento em virtude da carga de trabalho, desnecessidade no caso concreto e o desconhecimento de quais os incidentes a registar. O desconhecimento dos incidentes a registar e a subnotificação de incidentes que não provocaram dano ao doente, reflete a necessidade de implementação da cultura de Segurança do Doente (Bruno, 2010; Silva *et al.*, 2018; Barroso *et al.*, 2021). Para aumentar a frequência da notificação de incidentes é necessária formação nesta área e indispensável o esclarecimento de quais os incidentes que devem ser notificados, o processo de notificação deve ser simples e de fácil acesso, assim como, deve ser dado o *feedback* do processo de notificação aos profissionais de saúde (Silva *et al.*, 2018; Barroso *et al.*, 2021).

Nos dados colhidos, a maioria dos inquiridos não mostra receio de um processo judicial e/ou disciplinar, contrariamente ao que se verificou em estudos anteriores. A OMS (2005) afirma que o anonimato e confidencialidade dos sistemas de notificação contribui para o registo de eventos e partilha dos erros, pois não existe medo por parte de quem reporta.

No SIP foi identificado um decréscimo significativo na notificação de incidentes, assim como da análise dos mesmos, que segundo a informação recolhida junto dos elementos de enfermagem responsáveis por esta atividade, se deveu ao contexto de Pandemia SARS-

COVID-19 que levou à diminuição do número de internamentos, à redução do tempo disponível e mobilidade/rotatividade dos elementos de enfermagem.

Figura 3.11- Obstáculos à notificação de incidentes



Objetivo específico 3: Sensibilizar os enfermeiros para a importância da notificação de incidentes e **Objetivo específico 4:** Promover a adesão à notificação de incidentes junto dos enfermeiros.

As atividades desenvolvidas para satisfazer estes objetivos, foram adaptadas às realidades e necessidades identificadas nos diferentes nos diferentes campos de estágio. Foram elaboradas sessões que permitiram promover e sensibilizar, os enfermeiros, para a importância da adesão à notificação de incidentes.

Na sessão de sensibilização/ formação, sempre que disponíveis, foram apresentados os dados colhidos através da consulta do histórico de notificação de incidentes do campo de estágio.

No **SIP**, com o objetivo de reverter esta situação identificada de diminuição da prática de notificação, foi projetada a realização de uma sessão de sensibilização sobre a importância da notificação de incidentes como prática promotora da segurança e qualidade dos cuidados em saúde. no entanto, esta não foi possível realizar porque, de acordo com o que foi transmitido pelas enfermeiras responsáveis pela gestão e formação as equipas encontravam-se sobrecarregadas com o acréscimo de horas de trabalho decorrentes da Pandemia SARS-COVID-19. Foram aproveitados os momentos da passagem de turno para sensibilizar e promover a importância da notificação de incidentes.

No **CDC**, em acordo com a enfermeira orientadora e as necessidades sentidas, foi realizada uma sessão de sensibilização sobre a importância da notificação de incidentes, visando lembrar e atualizar conceitos e definições sobre o tema (Apêndice H).

Na **UCIN** foi realizada uma sessão de formação/ sensibilização sobre a Segurança do Doente Pediátrico no contexto de Neonatologia (Apêndice I) e elaborado um formulário de notificação de incidentes interno (Apêndice J) destinado à identificação e relato da ocorrência de qualquer tipo de incidente na UCIN.

A utilização deste formulário, permitirá conhecer e analisar dos incidentes identificados pelos enfermeiros e restantes profissionais de saúde na UCIN. Pretendendo com análise dos dados colhidos através do formulário, apoiar momentos de discussão e reflexão em equipa, permitindo identificar fragilidades no cuidado ao RN e no funcionamento do serviço, assim como edificar estratégias para minimizar ou eliminar o risco associado. A construção desta ferramenta contou com o apoio e colaboração da enfermeira orientadora.

O formulário foi construído no Google *Forms*, de modo a ser disponibilizado através do email a todos os profissionais de saúde da unidade, garantindo o preenchimento confidencial e anónimo, com o objetivo de promover a partilha e notificação de incidentes sem medo de represálias. Os formulários preenchidos serão analisados pelo elemento dinamizador da qualidade e segurança dos cuidados do RN na UCIN.

As unidades de Cuidados Neonatais são complexas, com profissionais especializados e processos amplamente independentes do restante sistema de saúde. Devido às características e fragilidade do RN e ao tempo prolongado de internamento, especialmente em unidade de cuidados intensivos neonatais, onde um grande prematuro é necessariamente manipulado por diversos profissionais de saúde, aumenta o risco de sofrer um incidente

(Nether et al., 2022). O conhecimento acerca dos incidentes constitui uma ferramenta importante na revisão do processo de cuidar e no apoio ao planeamento de ações de melhoria dos cuidados. Desta forma a notificação voluntária de incidentes é fundamental para os gestores e profissionais de saúde no contexto da qualidade dos cuidados e da segurança do doente, permitindo identificar áreas que precisam de maior atenção (DGS, 2014).

Ainda no âmbito da Segurança do Doente Pediátrico e Segurança da Criança, na **CHP**, foi elaborado um questionário para avaliação do grau de satisfação do utente. (Apêndice K).

A construção do questionário baseou-se na versão portuguesa dos indicadores da *Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP). Estes contemplam cinco dimensões: relação médico-paciente; cuidados médicos; informação e apoio; organização dos serviços e acessibilidade. Esta ferramenta tem sido muito utilizada no contexto de Cuidados de Saúde Primários para avaliação da satisfação dos utentes, evidenciado a perspetiva do consumidor final como agente ativo no seu processo terapêutico (Roque et al., 2016).

O questionário é composto por 18 questões, cinco para a caracterização do utente e treze sobre a opinião do utente nas seguintes dimensões: atendimento, comunicação, consulta e cuidados médicos e de enfermagem, comodidade e características do espaço físico e acessibilidade ao serviço. Por último uma questão aberta onde o utente pode realizar comentários e manifestar sugestões que entender serem pertinentes para melhoraria da qualidade dos serviços.

A satisfação do doente é uma componente essencial à segurança do doente e consequentemente da qualidade dos cuidados. A avaliação do grau de satisfação dos utentes torna-se essencial para monitorizar a qualidade dos serviços de saúde, identificar problemas a corrigir, conhecer as expectativas em relação aos cuidados, permitindo a participação do utente na melhoria e reorganização dos serviços, baseado na sua perceção e valorização dos serviços prestados. A avaliação do grau de satisfação do doente permite o desenvolvimento de estratégias com vista a melhoria da qualidade e segurança do doente, especialmente do doente pediátrico. A forma como os profissionais de saúde e utentes percecionam os resultados obtidos é diferente, pelo que contributo do doente e família é essencial para a melhoria da qualidade dos serviços prestados. O envolvimento e participação ativa do doente permite a partilha das suas experiências negativas e positivas, assim como, as suas necessidades e expectativas, contribuindo para um sistema de resposta que controla, identifica e corrige os défices no sistema de saúde (Roque et al., 2016).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, passava pela monitorização permanente da qualidade e segurança e pela auscultação da opinião do

cidadão sobre a qualidade e o sistema de saúde (DGS, 2015). Tornou-se imprescindível aprofundar o conceito de cidadania participativa, no qual o cidadão é incluído nas decisões da sua própria saúde e do funcionamento do sistema de saúde. Ouvir o cidadão em relação ao funcionamento do sistema de saúde contribui para o colocar, cada vez mais, no centro do sistema (Despacho n.º 14223/2009 de 24 de junho).

A qualidade dos cuidados de saúde prestados são uma preocupação das instituições e dos seus profissionais, sendo a satisfação do utente um indicador de qualidade dos cuidados prestados no sistema e das instituições de saúde. A construção do questionário de satisfação do utente pretendeu ser uma ferramenta útil na identificação de problemas possíveis de resolver e conhecer as expectativas do utente face aos cuidados de saúde. A aplicação do questionário de satisfação possibilita o envolvimento das pessoas na promoção da segurança e qualidade dos serviços de saúde, permitindo a centralização do cidadão no sistema de saúde (Barroso *et al.*, 2021).

3.2.7. Avaliação

A avaliação é a quinta etapa e deve ser preparada desde o início do planeamento e realizada em diferentes momentos ao longo do projeto , “(...)devendo fornecer a informação necessária para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projeto e problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre ação e resultados)” (Ruivo et al, 2010, pg. 24).

A avaliação deve proporcionar os elementos que permitam melhorar a coerência, a eficiência e a eficácia das atividades e estratégias a desenvolver, possibilitando a “(...) retroacção com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objectivos (...)”(Carvalho et al., 2001, citado por Ruivo et al., 2010. pg. 24)

A avaliação do projeto foi realizada em vários momentos e de diferentes formas, através da avaliação dos objetivos, das atividades realizadas e apreciação do projeto no seu global. A avaliação foi constante ao longo do desenvolvimento do projeto, permitindo identificar e analisar lacunas, a necessidade de reformular os objetivos e readaptar atividades planeadas inicialmente. Os vários momentos de avaliação permitiram a constante reflexão e análise sobre o projeto já desenvolvido.

Numa fase inicial, a avaliação foi realizada com base nos dados colhidos através do questionário, que permitiu ter uma visão da cultura de Segurança do Doente Pediátrico e conhecer a prática de notificação de incidentes em diferentes contextos de cuidados pediátricos.

Como limitações do estudo considerou-se, pouco representativo, o número total de participantes, 28 enfermeiros (50% da amostra pretendida), apesar de permitir a realização do diagnóstico da situação, não permite generalização dos resultados obtidos. No questionário, assume-se a necessidade de inquirir os participantes sobre a Acreditação dos serviços onde prestam cuidados. O fator tempo e o contexto de pandemia vivido no decorrer do estágio final é outra das limitações identificadas, nomeadamente no primeiro campo de estágio, onde não foi possível concretizar todas as atividades planeadas.

3.2.8. Divulgação dos Resultados

A divulgação dos resultados obtidos é a última etapa do projeto de intervenção. Esta é uma fase importante na medida que dá a conhecer a pertinência do projeto e o caminho percorrido para resolução do problema identificado. A divulgação do projeto desenvolvido “(...)assegura o conhecimento externo do projecto e a possibilidade de discutir as estratégias adoptadas na resolução do problema”(Ruivo et al., 2010, pg. 31).

Na área da Saúde a implementação da metodologia de projeto como meio de resolução de um problema ou suprimento de uma necessidade da instituição em geral ou do serviço em particular, permite o desenvolvimento dos profissionais e a melhoria dos cuidados prestados. Desta forma a divulgação dos resultados de um projeto permitirá dar a conhecer os esforços realizados para a melhoria dos cuidados ao público em geral e fornece informação científica (Ruivo et al., 2010).

Pretendeu-se através da implementação desta metodologia, contribuir e promover uma aprendizagem pertinente e útil, permitindo estabelecer ligações entre a realidade e o desenvolvimento de competências fundamentais para formação dos profissionais.

Através da investigação em Enfermagem é possível a renovação e produção continua de conhecimento. Segundo a OE (2006), “o conhecimento obtido através da investigação em Enfermagem proporciona o desenvolvimento de uma prática baseada na evidencia, melhorando a qualidade dos cuidados e otimizando os resultados”.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A palavra competência deriva do latim *competens*, que significa: o que vai com..., o que é adaptado a ... (Alarcão & Rua, 2005). Competência é definida como a capacidade de agir em situação, implicando a manifestação de uma resposta articulada entre: o que fazer, a quem, porquê e para quê (Alarcão & Rua, 2005). Pelo que ser competente "(...)implica saber o que fazer em cada situação concreta. Mas saber o que fazer em cada situação concreta pressupõe uma compreensão e um juízo sobre a situação e uma intencionalidade de ação." (Alarcão & Rua, 2005, pg. 375). O processo de cuidar coloca ao enfermeiro o desafio de mobilizar competências cognitivas - raciocínio lógico, resolução de problemas; competências afetivas - a arte de cuidar; e competências estéticas e reflexivas - o conhecimento de si e a transferência para outras situações (Serrano et al., 2011).

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A Ordem dos Enfermeiros tem acompanhado as exigências dos cuidados de saúde, atribuindo o título de enfermeiro especialista em seis áreas distintas, cada uma com as suas particularidades (OE, 2019). Reconhecendo como enfermeiro especialista aquele que detém "(...)competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído(...) o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros." (OE, 2019, pg. 4744).

Para obter o título de enfermeiro especialista é fundamental a aquisição de competências específicas da respetiva área de Especialidade em Enfermagem, enunciadas nos seus regulamentos, assim como, a aquisição de um conjunto de competências comuns a todas as áreas de Especialidade em Enfermagem, que são definidas como "(...) competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria." (OE, 2019, pg. 4745).

Para o desenvolvimento de competências comuns de EE foram definidos objetivos em congruência com determinado domínio de competência específica e de acordo com as especificidades dos diferentes contexto de estágio.

4.1.2. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O enfermeiro diariamente é confrontado com questões ético-legais e segundo os estatutos da OE, artigo 99º, o enfermeiro deve exercer a sua profissão de acordo com princípios orientadores, nomeadamente “a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados; c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais” (OE, 2015, pg. 81). No desenvolvimento de todo o exercício profissional estiveram sempre presentes os princípios humanistas, de respeito pela liberdade e dignidade humana e pelos valores das pessoas e grupos, assim como o respeito pelos deveres previstos no Código Deontológico e a regulamentação do exercício da profissão, que encorpam a boa prática da Enfermagem.

No que respeita às competências do domínio responsabilidade profissional, ética e legal, estas são competências comuns a todos os enfermeiros. O enfermeiro deve procurar que todos os cuidados de enfermagem respeitem os princípios básicos da autonomia, justiça e beneficência, reconhecendo e salvaguardando a dignidade da vida humana. Por sua vez, o enfermeiro especialista deve demonstrar capacidade reflexiva e crítica sobre as situações de cuidados de saúde que diariamente suscitam dúvidas dilemas éticos, adequando respostas e promovendo a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Assente nesta premissa, ao longo do percurso formativo existiu a preocupação de desenvolver uma prática profissional de excelência. O desenvolvimento desta competência assenta no cuidar da criança/jovem e família na sua globalidade, respeitando a dignidade humana, preservando a privacidade e a intimidade da criança/jovem e família, garantindo a confidencialidade da informação, as preferências e a autonomia da criança/ jovem e família, respeitando as suas crenças e valores, assim como, promovendo o envolvimento da família na prestação de cuidados e nas decisões, adequando as respostas a cada situação. A responsabilidade por todos os atos e cuidados prestados, a reflexão sobre a tomada de decisões, a partilha dos resultados atingidos, são princípios fulcrais que nortearam a prestação de cuidados, no sentido de estabelecer uma relação terapêutica efetiva com o criança/jovem e família de forma assertiva e empática, independentemente do contexto de cuidados.

Foi objetivo em todos os campos de estágio, conhecer o serviço e a sua dinâmica institucional, organizacional e funcional, assim como os quadros de referência subjacentes à prestação de cuidados. Para alcançar este objetivo houve a preocupação de consultar normas, protocolos e diretivas institucionais, conhecer projetos, questionar o enfermeiro orientador e realizar uma observação participativa.

O processo de tomada de decisão esteve presente em todos os campos de estágio, desde a identificação dos problemas, passando pela sua resolução com base no conhecimento e experiência, avaliação do processo e os resultados da tomada de decisão. Existiram situações, nas quais a tomada de decisão e os conflitos éticos estiveram presentes devido à complexidade das situações.

Nos diferentes campos de estágio verificou-se independentemente da complexidade, cadência e pressões no exercício das funções, as equipas de enfermagem eram dinâmicas, proativas e motivadas, com enorme sentido de responsabilidade, cooperação e competência. Motivando a adoção de uma atitude de interesse, iniciativa, disponibilidade, humildade e respeito e a colaboração ativa nas atividades desenvolvidas pela equipa, demonstrando conhecimentos e habilidades, facilitadores da aquisição de competências especializadas, nunca descurando a promoção de boas praticas de cuidados, o respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O ambiente hospitalar que recebe a criança implica pressupostos que são essenciais na base de todo o cuidado de enfermagem, como procura constante da empatia na construção de uma comunicação eficaz, adaptada à idade e cultura da criança e família (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Um ambiente hospitalar seguro e afetuoso é fundamental para que a criança/jovem e família se sintam familiarizadas, proporcionando uma melhor adaptação e maior segurança, possibilitando uma recuperação mais rápida (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020) e minimizando a possibilidade de agressões físicas e emocionais para a criança e família reduzindo a ocorrência de incidentes.

O desenvolvimento do projeto de intervenção relacionado com a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de enfermagem, teve como principal propósito tornar os campos de estágio mais seguros, sensibilizando os profissionais para os riscos associados à prestação de cuidados na área pediátrica e a importância da notificação de incidentes. A segurança é um direito fundamental no desenvolvimento e nos cuidados à criança/jovem, devendo por isso ser salvaguardada independentemente da sua situação ou do contexto em que a criança/jovem se encontre. Este pressuposto expresso na Convenção sobre os Direitos da Criança, artigo 3º, alínea 3, refere que todas as instituições que prestam cuidados a crianças devem assegurar a sua proteção, nomeadamente nos domínios da segurança e da saúde. No artigo 6º, alínea 2, é referido que os estados devem assegurar na máxima medida possível a manutenção e o desenvolvimento da criança (UNICEF, 2019).

No Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 88º é referido que o enfermeiro deve "(...) analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude(...)". Este dever divide-se em duas vertentes: "análise do trabalho"

realizado, que deve ser regular e contínua e o “reconhecimento de falhas”, que mereçam mudança de atitude. No mesmo artigo, alínea d) o enfermeiro deve “(...)assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam o exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando através das vias competentes, as deficiências que prejudicam a qualidade dos cuidados” (OE, 2015, p.93)

A prática de cuidados visou sempre a promoção e proteção dos direitos humanos, assegurando a confidencialidade, respeito pelo direito, dignidade, valores, costumes e crenças, privilegiando os cuidados de qualidade e tomada de decisão consciente, ética e deontológica.

4.1.3. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A Qualidade em Saúde define-se como “(...) a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão.” (Despacho n.º 5613/2015 de 17 de maio, pg. 13551).

Nos dias de hoje, a preocupação com a qualidade e segurança dos cuidados de saúde conduziu, tanto a nível mundial como nacional, a crescente necessidade de implementar sistemas de qualidade, seguindo as recomendações da OMS. A qualidade dos cuidados de saúde implica que se realize uma reflexão acerca da prática clínica, definindo objetivos e delineando estratégias que permitam que estes sejam alcançados.

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros, em 2001, definiu Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem com o intuito de orientar todos os enfermeiros na procura pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados, os quais deram origem à definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESIP, são um instrumento de referência “(...)para a prática especializada, que estimule a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e apoie os processos de melhoria contínua da qualidade.” (OE, 2017, pg. 2).

Tendo em conta que o Projeto de Intervenção desenvolvido e implementado assenta no domínio da qualidade dos cuidados de saúde e segurança do doente, procurou ser elemento dinamizador da promoção da qualidade dos cuidados nos diferentes campos estágio, com a perceção de que a qualidade dos cuidados em saúde é claramente influenciada pela segurança dos mesmos. O projeto tem como título “Cultura de notificação de incidentes como prática para a segurança e qualidade dos cuidados de saúde em contexto pediátrico”,

visou promover a cultura de segurança e qualidade dos cuidados de Enfermagem, em contexto pediátrico, através do desenvolvimento e implementação de estratégias adequadas à notificação de incidentes, possibilitando o desenvolvimento de práticas de qualidade, bem como estratégias de liderança, planeamento e colaboração de programas de melhoria contínua.

No decorrer dos estágios existiu sempre a preocupação por identificar as lacunas na segurança existentes nos serviços, assim como as características e necessidades sentidas pelos enfermeiros nos diferentes campos de estágio, permitindo o desenvolvimento de ações adequadas, com o intuito de colmatar algumas das necessidades identificadas. Foi possível executar o projeto através da observação, discussão do tema, identificação de fragilidades e a sensibilização das equipas de enfermagem, essencialmente, para a importância do reconhecimento e notificação de incidentes e a conceção de estratégias para minimizar os danos associados aos incidentes e mitigar a sua ocorrência, influenciado positivamente a perceção das equipas sobre a Segurança do Doente Pediátrico.

A elaboração e aplicação do formulário para o relato de incidentes na UCIN, foi uma das atividades desenvolvidas para colmatar algumas das fragilidades e lacunas identificadas pela equipa de enfermagem. Esta ferramenta, neste contexto de cuidados em particular, permite potenciar a conceção de métodos mais eficazes de prevenção de incidentes. A informação recolhida através do formulário tem como objetivo proporcionar momentos de discussão e reflexão em equipa, permitindo a identificação de fragilidades no cuidado ao RN e no funcionamento do serviço, assim como a procura de estratégias para minimizar ou eliminar os riscos associados.

4.1.4. Domínio da Gestão dos Cuidados

A aquisição de competências no domínio da gestão de cuidados resultou da participação nos seguintes campos de estágio: no SIP e UCIN, onde as enfermeiras orientadoras de estágio assumiam o cargo de coordenadora de turno e onde a função de enfermeiro coordenador de turno era sempre que possível atribuída ao EESIP; no CDC e CHP, onde as enfermeiras orientadoras eram responsáveis pela organização e gestão da agenda da consulta.

No SIP e na UCIN foi possível observar e colaborar em diferentes atividades de gestão. Nomeadamente, na gestão dos cuidados de saúde e da equipa de enfermagem, distribuindo e ajustando os recursos humanos disponíveis às necessidades e especificidades identificadas no turno, processos de tomada de decisão e articulação com outros serviços e instituições,

especialmente no momento da alta clínica. O enfermeiro coordenador de turno assumia a responsabilidade dos cuidados, detendo o controlo dos mesmos através da supervisão e assistência aos elementos da equipa, com o objetivo de assegurar que eram prestados de cuidados de qualidade (Costa, 2004). Cabe ao enfermeiro coordenar e gerir todos os cuidados prestados ao doente pediátrico e sua família. A principal essência dos cuidados de enfermagem é satisfazer as necessidades da criança/jovem e a sua família com todas as suas especificidades, devendo “(...)ser realizada eficientemente, com comprometimento de quem a desenvolve, garantindo qualidade do cuidado prestado e, principalmente, a satisfação do paciente e seus familiares.”(Fradique & Mendes, 2013, pg.47).

A gestão dos recursos humanos era desafiante devido à complexidade dos cuidados de saúde necessários, à escassez de recursos humanos e à experiência e formação dos elementos da equipa de enfermagem. O momento da passagem de turno era de extrema importância na gestão e organização dos cuidados de saúde necessários. As informações transmitidas pela equipa rendida eram determinantes para a distribuição dos recursos humanos disponíveis, para a gestão do espaço e recursos materiais, permitindo a sua utilização da forma mais adequada, otimizando a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Em particular, no SIP, o enfermeiro responsável de equipa durante a passagem de turno assumia a responsabilidade de verificar os registos de enfermagem realizados no turno anterior, possibilitando a otimização dos registos, através da deteção de falhas ou omissão de registos.

No CDC e no CHP o enfermeiro assume a gestão da sua consulta e dos cuidados de saúde prestados, das visitas ao domicílio e a outras instituições, nomeadamente instituições de ensino, assim como, reuniões multidisciplinares e formação. O enfermeiro na marcação das consultas tem a preocupação de satisfazer as necessidades das crianças/jovens e suas famílias, de forma a reduzir o número de vindas à unidade e maximizar a visita.

Na UCIN, foi possível participar na verificação e na manutenção dos dispositivos médicos, na gestão de consumíveis e na preparação e verificação da unidade para receber o RN, atividades estas a cargo do enfermeiro coordenador de turno. A verificação e manutenção das unidades e dos equipamentos era realizada de forma responsável e sistemática, garantindo a melhor resposta possível em todas as situações.

4.1.5. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A reflexão sobre o autoconhecimento, tanto a nível pessoal como profissional, é imprescindível para a aquisição de aprendizagens e competências. No decorrer dos estágios

a reflexão sobre as oportunidades de aprendizagem foi constante, permitindo otimizar o autoconhecimento. O reconhecimento da reflexão como um elemento indispensável para a aprendizagem (Peixoto & Peixoto, 2016), permite aos enfermeiros identificar preocupações, nomear concepções e reconhecer competências relacionais, comunicacionais e de colaboração, estabelecendo novas formas de desenvolvimento do conhecimento (Mendes, 2016), assumindo-se como uma forma de capacitação dos estudantes e profissionais (Peixoto & Peixoto, 2016).

O autoconhecimento é uma peça fundamental na formação profissional, definido como a capacidade que o indivíduo tem de reconhecer as suas aptidões, capacidades, limites e fragilidades, assim como saber geri-las de forma a melhorar o seu desempenho (Atarão et al., 2021). A oportunidade para desenvolver o autoconhecimento, como técnica de ensino estimula o contato com questões pessoais, facilitando a descoberta de competências para a prática profissional. Segundo a OE (2019), o enfermeiro especialista deve demonstrar “(...) capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem (...)” (OE, 2019, pg. 4749).

No domínio do autoconhecimento, Benner identifica um conjunto de características no desempenho profissional passíveis de serem categorizadas em níveis: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. A autora defende que o perito em determinada área suporta a sua ação a partir da experiência e da compreensão intuitiva, sendo detentor de um elevado nível de competência, porém quando confrontado com uma situação desconhecida ou outra área de intervenção pode ser principiante (Castellanos & Concha, 2019). Da mesma forma, o Código Deontológico do Enfermeiro, no artigo 109º, destaca a importância de manter a atualização contínua de conhecimentos relevantes para a prática clínica, analisar e reconhecer eventuais falhas na sua práxis que mereçam mudança de comportamento. Para atingir o nível de perito numa área de intervenção exige-se ao enfermeiro o reconhecimento das suas dificuldades e falhas, assim como o esforço e treino para aquisição e desenvolvimento de novas competências, que permitam a gestão eficaz dos cuidados de saúde e tomada de decisão consciente (OE, 2015).

Como referido ao longo do relatório, a prestação de cuidados no decorrer dos contextos realizados e o desenvolvimento do projeto foram sempre baseados na evidência científica mais atualizada, procurando desta forma prestar cuidados de qualidade, obter a melhor resposta para os problemas identificados e melhorar a praxis dos cuidados de enfermagem, indo sempre de encontro às expectativas das crianças/jovens e suas famílias.

A concretização e desenvolvimento do projeto de intervenção foi apoiado na mais recente evidência científica. Esta pesquisa demonstrou que apesar da Segurança do Doente

ser um tema atualmente muito debatido, ainda existe pouca informação relativamente à área Pediátrica. Para a efetivação do projeto de intervenção foram realizadas sessões de formação e sensibilização para o tema nos diferentes contextos de cuidados pediátricos, adequando a informação a cada sua realidade. Nas intervenções junto das equipas foi dado especial destaque para a importância da Notificação de Incidentes.

Na CHP devido às suas particularidades, foi solicitado pela equipa de enfermagem que fosse realizada, uma sessão de formação sobre o carro de emergência, desfibrilhador e atualização das *guidelines* do protocolo de PCR e choque anafilático, formação que realizamos com grande entusiasmo, considerando a vasta experiência na área de urgência e emergência hospitalar e emergência pré-hospitalar. Esta formação, foi um momento de reconhecimento e de partilha muito importante .

Ainda neste contexto de prestação de cuidados (CHP), foi também realizada, uma *Scoping Review* que abordou o tema, da perceção dos pais quanto ao seu papel na identificação de incidentes durante a prestação de cuidado de saúde à criança, possibilitando a aquisição de novos conhecimentos. (Apêndice L)

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Segundo a Ordem dos Enfermeiros as competências específicas do enfermeiro especialista, são: “(..) as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.”(OE, 2019, pg. 4745)

O EESIP no exercício dos cuidados especializados tem por base o modelo centrado no binómio criança/jovem/família, atuando sempre em parceria com a criança/jovem/família independentemente do contexto onde se encontrem. A sua atuação tem como premissas a avaliação e a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, através da “(...) orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.” (OE, 2018, pg. 19192).

O EESIP dever de prestar cuidados à criança/ jovem e família saudável ou doente, proporcionando-lhe educação para a saúde, identificando e mobilizando os recursos de suporte às famílias, com o intuito de permitir que a população alcance o mais elevado estado de saúde (OE, 2018).

A mobilização das competência foi alcançada e fundamentada nas análises críticas realizadas ao longo do percurso formativo, estágio final e na pesquisa de evidência.

4.2.2. Assiste a Criança/Jovem com a Família, na Maximização da sua Saúde.

Esta competência “implementada e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (OE, 2018, pg. 19193). Competência em constante mobilização na prestação de cuidados na área pediátrica, sendo transversal a todos os campos de estágio. Para o desenvolvimento desta competência, foram prestados cuidados de saúde com base na “(...) parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.” (OE, 2018, pg. 19192), tendo sempre em consideração as particularidades da criança/jovem e sua família referentes à sua dependência e crescente autonomia.

O desenvolvimento desta competência assenta na inclusão da família em todas as etapas dos cuidados à criança/jovem, cumprindo os pressupostos do modelo de parceria de Cuidados de *Anne Casey*, reconhecendo os pais como peritos nos cuidados à criança/jovem. Segundo Casey (citada por Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020, pg. 34) “ os cuidados às crianças, doentes ou saudáveis, são melhores, quando prestados pela família, recebendo esta apoio, sempre que necessário e em níveis variados, por parte de pessoal qualificado da equipa de saúde”.

A parceria de cuidados respeita e valoriza a experiência dos pais. Defende que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, sendo fundamental que o EESIP considere habilidades e competências dos pais enquanto conhecedores das necessidades da criança/jovem. O envolvimento da família nos cuidados de saúde da criança/jovem internada, representa uma garantia de afeto, apoio e segurança, contribuindo para minimizar os efeitos negativos da doença e da hospitalização na vida da criança/jovem e sua família (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). A intervenção do enfermeiro junto da família passa pela supervisão dos cuidados, aconselhamento, orientação, apoio físico e psicológico e o fornecimento de um ambiente propício ao seu desenvolvimento, permitindo sempre o envolvimento das criança/jovem e sua família nas decisões e cuidados.

A avaliação da criança/jovem e família é crucial. A clara percepção das suas necessidades específicas, considerando todos os fatores benéficos e stressores presentes no sistema familiar, garante a prestação de cuidados adaptados e o desenvolvimento de fatores protetores, como a promoção de competências parentais, através de orientação antecipatória às famílias, promovendo o capacitação para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.

A gestão e prestação de cuidados foi sempre previamente planeada em concordância com o estado de saúde e expectativas da criança/jovem e/ou família, sendo valorizado, sempre que possível, o desejo e a autonomia da criança/jovem, assim como, a capacidade e disponibilidade da família. Foram exemplos disso: o momento da higiene da criança/ jovem, a personalização da dieta, a presença e colaboração dos pais em momentos críticos (punção venosa periférica, realização de penso). Quando identificada a necessidade de alterar o plano de cuidados de saúde e tratamento, o mesmo foi sempre discutido com a família e criança, sendo facultadas todas as informações.

O desenvolvimento da competência “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.” (OE, 2018, pg.19193), foi essencialmente desenvolvida na prestação de cuidados nos campos de estágio SIP e UCIN.

Estes campos de estágio permitiram o contato com RN/criança/jovem internadas com patologias comuns de cada faixa etária, que necessitam de vigilância e cuidados adequados, como por exemplo o diagnóstico de bronquiolite na criança com menos de 12 meses, a pneumonia no adolescente e a icterícia no RN. Permitiram também reconhecer e atuar em situações de agudização da doença, que colocaram em risco o RN/criança/jovem internados. Nomeadamente situações como: síndrome de dificuldade respiratória no RN, convulsão e alteração do estado de consciência na criança/jovem, onde a intervenção foi sempre de acordo com os protocolos instituídos e em concordância e parceria com a equipa multidisciplinar.

4.2.3. Cuida da Criança/Jovem e Família nas Situações de Especial Complexidade.

Esta competência específica do EEESIP, pressupõe que este mobilize“(...)recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.” (OE, 2018, pg.19193).

No desenvolvimento desta competência específica compreende-se o reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e a prestação de cuidados adequados. Essencialmente, esta competência foi desenvolvida no campo de estágio de SIP e particularmente na UCIN. De referir a experiência de 12 anos de Urgência Pediátrica e vinte meses de Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, os campos de estágios: SIP e UCIN, permitiram observar, recordar e demonstrar conhecimentos e habilidades na intervenção ao doente pediátrico com necessidade de cuidados urgentes e emergentes, em suporte avançado de vida pediátrico, assim como a pesquisa e leitura da evidência nesta área de atuação.

Durante o estágio na UCIN, todas as situações experienciadas tinham particular exigência associada à complexidade dos diagnósticos e cuidados necessários. Os RN prematuros, especialmente os RN de extrema prematuridade e extremo baixo peso, constituem um grupo altamente vulnerável, necessitando de cuidados altamente diferenciados. Nesta unidade foi possível observar e prestar cuidados a RN de alto risco, devido a prematuridade extrema e extremo baixo peso, com necessidade de ventilação assistida e outras complicações associadas, como a hemorragia intraventricular-alveolar.

A gestão diferenciada da dor, do stress e do bem-estar do RN/criança/jovem, permitiu o desenvolvimento de intervenções autónomas de enfermagem, como a avaliação e monitorização da dor, com recurso a diversos instrumentos de acordo com a idade e situação clínica de cada criança e o recurso a estratégias não farmacológicas no alívio da dor, tais como: comportamentais através do relaxamento; cognitivas através da orientação antecipatória; cognitivo-comportamentais utilizado a distração, a brincadeira lúdica e terapêutica; físicas através do toque, a massagem, a contenção, o posicionamento e a sucção não nutritiva; suporte emocional permitido a presença dos pais; e ambientais proporcionando música, controlando a luminosidade, ruído e a temperatura (OE, 2013).

A concretização do Curso Europeu de Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVP) realizado nos dias 24 e 25 de setembro de 2021 (Anexo II) e a participação no XXIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva Pediátrica realizada a 14 e 15 de outubro de 2021 (Anexo III), foram uma mais valia para a aquisição da unidade de competência, “Demonstra conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida Pediátrico.” (OE, 2018: 19193). Permitindo o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos fundamentais para a prestação de cuidados à criança em situação de risco de vida eminente e que necessitem de manobras de suporte avançado de vida. Estas formações permitiram recordar e atualizar protocolos de atuação. A liderança de equipas e o reconhecimento da criança gravemente doente foram os itens mais trabalhados e valorizados na formação de SAVP.

Unidade de competência “promove a adaptação da criança e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”(OE, 2018, pg. 19193), foi possível desenvolver especialmente, no CDC e na CHP onde a maioria das crianças/ jovens e família que recorrem a estas unidades são portadores de doença crónica ou incapacitante. Através da observação e prestação de cuidados nestes campos de estágio foi possível observar e avaliar as diversas necessidades da criança/jovem e sua família, realizar intervenções de apoio e educativas visando diminuir os efeitos disruptivos da doença na criança/jovem e sua família. Foram desenvolvidas intervenções com o objetivo de normalização e da inclusão da criança/jovem, promovendo a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica ou situação de especial complexidade, capacitando-os para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação à sua situação.

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

No que diz respeito à terceira competência específica do EESIP, “considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude” (OE, 2018, pg. 19194), esta foi desenvolvida através da observação, prestação de cuidados, e da orientação antecipatória às famílias, procurando promover a maximização do potencial de desenvolvimento da criança.

No CDC e na CHP foi exequível avaliar não só o crescimento e desenvolvimento físico mas também o desenvolvimento psicomotor e psicossocial dos RN/crianças/jovens, com recurso a instrumentos adequados às especificidades das situações.

A promoção da vinculação foi uma das unidade de competência desenvolvida ao longo deste percurso. Promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais (OE, 2018: 19194), foi especialmente desenvolvida no decorrer do estágio na UCIN. O RN internado na UCIN, necessita de cuidados especializados e em alguns casos de extrema complexidade, devido à prematuridade ou patologia. Na prestação de cuidados ao RN com necessidade de internamento é imprescindível o recurso a uma grande variedade de tecnologia, tornando todo o ambiente envolvente assustador e intimidador para os pais. Neste contexto os pais encontram-se extremamente ansiosos e preocupados, o que interfere no processo de vinculação com o seu bebé. O enfermeiro desempenha um papel fundamental na promoção da vinculação entre os pais e o seu bebé. No decorrer o estágio foi possível criar oportunidades facilitadoras da promoção da vinculação, incentivando os pais ao

desenvolvimento do processo de vinculação, através da negociação do seu envolvimento na prestação de cuidados ao RN em ambientes desfavoráveis, como é o internamento na UCIN, promovendo o contato físico, com recursos a técnicas como o “Canguru” ou a massagem, e transmitindo aos pais a informação adequada sobre o desenvolvimento e competências do seu bebê.

Os enfermeiros são os principais agentes na promoção da parentalidade, capacitando os pais/ família através da educação para a saúde, acompanhando as famílias e permitindo a partilha de saberes, dúvidas, expectativas e receios, baseando a sua atuação no modelo de CCF. Os CCF constituem um elemento primário para o estabelecimento da relação de parceria entre a família e o profissional e conseqüentemente para a excelência da prática de cuidados do EESIP.

O percurso formativo visou sempre o desenvolvimento de competências de comunicação adaptadas à criança/jovem e família, tendo em conta o seu desenvolvimento e a sua cultura e crenças. A comunicação assume particular importância, comunicar de forma eficaz e eficiente está na origem de uma boa relação terapêutica. A clareza e adequação da linguagem às características de cada indivíduo facilitam a boa percepção da mensagem. Da mesma forma que a escuta ativa é uma ferramenta fundamental para todo o processo de comunicação (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). A comunicação estabelecida tinha uma intencionalidade terapêutica, constituindo uma oportunidade para determinar o estado de saúde da criança/jovem, obter informações sobre os stressores que afetam o seu sistema, interpretar a relação entre os pais e a criança e permitir expressar sentimentos (Hockenberry & Wilson, 2014). O treino de técnicas de comunicação verbal e não-verbal, como o recurso à escuta e à utilização do silêncio, assumiu-se como um componente de elevada importância ao longo deste percurso formativo considerando-se, no entanto, que se trata de uma dimensão na qual é necessário um esforço contínuo de aperfeiçoamento, pela sua complexidade e relevância no processo de enfermagem.

A promoção da autoestima do adolescente e a sua determinação nas escolhas relativas à saúde, foi uma competência essencialmente desenvolvida através da observação e prestação de cuidados no contexto de SIP, CDC e CHP. Foram aproveitados todos os momentos para a promoção da adoção de comportamentos saudáveis, em especial no contexto da Consulta de Obesidade da Criança e Jovem e na consulta da Diabetes e no SIP no contato com adolescentes internados.

4.3. Competências de Mestre

Segundo a Direção-Geral do Ensino Superior (DGES), o Grau de Mestre implica a aquisição de conhecimentos altamente especializados e atuais numa determinada área de estudo ou de trabalho, que sustentam a capacidade de reflexão original e de investigação, assim como, a consciência crítica das questões relativas aos conhecimentos numa área e nas interligações entre várias áreas. Supõe a aquisição de competências especializadas para a resolução de problemas em matéria de investigação e inovação e para o desenvolvimento de novos conhecimentos e procedimentos, demonstrando capacidade de gerir e transformar contextos de estudo ou de trabalho complexos, imprevisíveis e que exigem novas abordagens estratégicas, assumindo a responsabilidade por forma a contribuir para os conhecimentos e as práticas profissionais.

O título de Enfermeiro Especialista é atribuído aos enfermeiros detentores de um conjunto de competências especializadas que resulta do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, na aquisição de competências comuns e específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade (OE, 2019).

A concretização deste percurso formativo foi baseada na evidência científica recente, tanto para o desenvolvimento do projeto de intervenção como a realização dos diferentes estágios na área da Saúde Infantil e Pediátrica. Considerando que tanto as competências comuns e como as competências específicas do enfermeiro especialista são indissociáveis das competências de mestre, a aquisição de competências comuns e específicas do EEESIP permitem alcançar o grau de Mestre.

Conforme vem referido no Decreto-Lei n.º65/2018 de 16 de agosto que regulamenta atualmente a Lei de Bases do Sistema Educativo, o Grau de Mestre é conferido numa especialidade com a possibilidade de se dividir em áreas de especialização. O Grau de Mestre é atribuído a quem demostre:

i) possuir conhecimentos e capacidade de compreensão desenvolvendo e aprofundando os conhecimentos do 1º ciclo, assim como, permita e constitua a base de desenvolvimento e ou aplicação em contexto de investigação;

ii) saber aplicar conhecimentos e demonstrem capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos não familiares/novos inseridos na sua área de estudo;

iii) capacidade de integração de conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões acerca das implicações e responsabilidades;

iv) capacidade de comunicar as suas conclusões a especialistas e a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades;

v) competências de autoaprendizagem. (Presidência do Conselho de Ministros, 2018).

O curso de Mestrado em Enfermagem está estruturado de forma a que os estudantes sejam sujeitos passivos e ativos em todo o processo de formação, foram aplicadas metodologias ativas e de resolução de casos promovendo a decisão autónoma, assim como, a integração do seu saber disciplinar na compreensão dos problemas de saúde e nos processos de tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar (Neves, 2012). Para tal, a estrutura curricular está planificada com unidades curriculares que permitem a aquisição de conhecimentos científicos atuais, promovendo a sua adaptação para a prática de forma refletida e responsável, promovendo a investigação e a prestação de cuidados de enfermagem especializados nos diferentes contextos de cuidados de saúde pediátricos.

O percurso formativo e as atividades desenvolvidas para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista tiveram na sua base a pesquisa da mais atual evidência, permitindo aprofundar os conhecimentos obtidos na Licenciatura em Enfermagem, resultando na aquisição de novas aprendizagens e desenvolvimento de competências com recurso ao conhecimento científico aprofundado e diferenciado. A prática de cuidados desenvolvida durante vinte anos, entre os quais doze dedicados à área pediátrica e a necessidade de desenvolvimento de competências profissionais o cuidado especializado ao doente pediátrico, justificou a opção pela Especialização em Enfermagem, nomeadamente EEESIP.

No âmbito dos cuidados de enfermagem, a teoria deve sustentar a prática de forma ajustada. O processo de prática baseada na evidência promove uma prática refletida, responsável e alicerçada em conhecimentos científicos atualizados, opondo-se à prática baseada em tradição e em rotinas. Desta forma, o enfermeiro presta cuidados baseados em evidências científicas, substituindo os cuidados com base no conhecimento empírico (Danski et al, 2017). Sendo um desafio para o enfermeiro identificar as suas necessidades, procurar as respostas na literatura científica e realizar uma análise crítica da mesma (Danski et al, 2017), dando o seu contributo para a excelência dos cuidados de enfermagem mencionada no artigo 109º do Código Deontológico do Enfermeiro (Decreto-Lei n.º156/2015 de 16 de setembro).

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), a prática baseada na evidência baseia-se na tríade composta pelos seguintes elementos: melhor evidência disponível, as necessidades e preferências dos utilizadores dos serviços de saúde e a experiência, as competências e juízo clínico do enfermeiro. Quando direcionada para a área pediátrica, as preferências do doente, não são apenas as preferências da criança/jovem, mas também as preferências da sua família. Para além das preferências da criança/jovem e família, evidência e habilidades clínicas, o enfermeiro especialista na área de pediatria orienta a sua prática na parceria de cuidados com base no modelo de cuidados centrados na família.

No decorrer do estágio final o saber foi possibilitado por diversas experiências no contexto da prestação direta de cuidados, nomeadamente no acompanhamento, planeamento, intervenção e análise e discussão dos cuidados com o enfermeiro orientador, estudo e pesquisa individual, culminado na entrega do relatório final. O saber-fazer consolidado numa base teórica-científica atualizada e desenvolvido na prestação de cuidados pautado pelo rigor técnico e científico inerente ao processo de enfermagem, técnicas associadas e na gestão de protocolos terapêuticos complexos, assim como baseado na reflexão sobre as ações desenvolvidas. O saber-ser/estar trata-se de uma construção contínua, que ao longo da atividade profissional e durante o curso de Mestrado de Enfermagem foi propiciado pela evidência teórica, pelo contacto com contextos pediátricos e com enfermeiros especialistas, coadjuvando a construção de referenciais e o desenvolvimento de uma postura e imagem profissional enquanto EESIP.

A atuação do enfermeiro é alicerçada na autonomia e na responsabilidade, refletindo-se na sua tomada de decisão, (Nunes, 2006). Assim, a autonomia do enfermeiro proporciona uma tomada de decisão, de acordo com a evidência científica, vários foram os momentos de autoformação durante este percurso formativo e profissional, com o intuito de procurar novos conhecimentos e desenvolver novas aptidões, para a prestação de cuidados de qualidade.

O desenvolvimento do projeto de intervenção transversal a todos os campos de estágio, sobre a temática a Segurança do Doente Pediátrico, direcionado para a Notificação de Incidentes no contexto de cuidados de saúde pediátricos, possibilitou a aquisição de um conjunto de conhecimentos e habilidade de compreensão sobre esta temática, com "(...) base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação." (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, pg.4162). A identificação de necessidades na prática clínica através de interrogações e preocupações dos profissionais está na base dos cuidados de saúde fundamentados na evidência. Estas necessidades, quando exploradas, resultam em conhecimento que responde às necessidades sentidas (Pearson et al., 2005). Neste contexto, o projeto de intervenção desenvolvido constituiu uma

ferramenta para a promoção da Segurança do Doente Pediátrico nos diferentes campos de estágio, em concreto para a sensibilização dos enfermeiros para a importância da identificação e notificação de incidentes. Este tornou-se o meio de comunicação e transmissão de conhecimento através das intervenções planeadas e implementadas.

A mudança nem sempre é de fácil implementação. Porém, basta que um enfermeiro decida mudar algum aspeto da sua prática para que se verifiquem alterações nas dinâmicas com impacto nos colegas e doentes (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012). Os enfermeiros, em particular os enfermeiros especialistas, assumem o dever de promover o desenvolvimento facilitador da tomada de decisão baseada em evidências, mencionado no REPE, artigo 9.º, referentes às intervenções dos enfermeiros, assim como, no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2018), no âmbito das competências dos domínios da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais. Os enfermeiros são reconhecidos como um elo inseparável da segurança dos doentes. Essa ligação está intimamente relacionada com o dever do exercício profissional com base em conhecimentos científicos e técnicos adequados e com o compromisso de adotar medidas que visem a segurança do doente e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A mudança só se verifica numa transformação cultural suficientemente forte para alterar os paradigmas da confiança, autonomia e partilha de informações entre a maioria dos enfermeiros, iniciando-se pelos líderes. Para que os membros da equipa abandonem as suas crenças pessoais e inseguranças será necessário que percecionem a mudança como algo que traz vantagens individuais. Uma base cultural favorável à mudança implica que os membros da equipa escolham ser pessoas brilhantes e comuns no seu desempenho profissional e acreditem que detêm as condições necessárias para a mudança. (Mamede, 2004).

Atualmente, é imprescindível repensar a prática, e saber que é possível reduzir e/ou eliminar incidentes e possíveis complicações para o doente. Tal como vem sendo referido, os enfermeiros são elementos chave na segurança do doente, detetando e evitando a ocorrência de incidentes no processo de cuidar do doente. Estes devem assumir um papel de liderança na prática de estratégias para promover a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Perante estas evidências, o desenvolvimento do projeto de intervenção, procurou parcerias com os líderes e outros elementos da equipa de Enfermagem. Na UCIN, o enfermeiro orientador de estágio e responsável pela gestão do risco na unidade, foi parceiro ativo no desenvolvimento do projeto, sendo um elemento importante na negociação com os líderes, na divulgação e na aceitação da mudança pela restante equipa de enfermagem.

No planeamento e na efetivação do projeto de intervenção, foram tidos em conta todos os conhecimentos referentes às questões éticas e deontológicas pelas quais os enfermeiros regem a sua prática, descritas no Código Deontológico do Enfermeiro. A realização de qualquer tipo de investigação deve salvaguardar todos os princípios éticos e legais, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos participantes e dos dados recolhidos. Pelo que, durante o desenvolvimento do projeto de intervenção foram tidas em conta todas as questões éticas e legais mencionadas e solicitado parecer às respetivas comissões de ética.

A obtenção do grau de mestre, está inerente à aprovação das unidades curriculares do plano de estudos do curso do mestrado e a aprovação do ato público do trabalho de projeto/relatório de estágio (Decreto-Lei n.º 63, 2016). O grau de mestre confere que o enfermeiro é possuidor de instrumentos e conhecimentos válidos para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e baseia a sua prática na evidência científica.

5. CONCLUSÃO

O percurso desenvolvido no decorrer do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, permitiu aperfeiçoar a capacidade reflexiva e analítica, pelo que este relatório pretendeu, não só, traduzir as atividades realizadas durante o estágio final e as estratégias desenvolvidas para dar resposta ao Projeto de Intervenção nos distintos contextos de cuidados pediátricos mas também mostrar uma visão global e as particularidades dos cuidados especializados nesta área. As aprendizagens adquiridas resultaram da aplicação da evidência científica produzida e da articulação entre a teoria e a prática na prestação de cuidados, assim como da partilha e discussão crítica, com as supervisoras clínicas e professora orientadora, procurando a excelência dos cuidados prestados. O EESIP, tem o dever ético de procurar sempre a excelência dos cuidados que presta, tornando-se fundamental a aposta na sua formação.

A implementação de um projeto de intervenção, transversal a todos os campos de estágio, sobre a segurança do doente, direcionado à importância da notificação de incidentes, teve como intuito sensibilizar os enfermeiros sobre o tema, promovendo a adesão à notificação. Este revelou-se imprescindível no percurso formativo, permitindo desenvolver inúmeras competências relacionadas com a investigação em enfermagem, baseando a intervenção em evidência científica atual e garantindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A adaptação das atividades às necessidades de cada contexto da prática clínica, adequando as estratégias de acordo com a expectativa e singularidades das equipas, possibilitou a edificação de um projeto mais realista. A realização do projeto contribuiu para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas e de mestre.

O tema a Segurança do Doente, nomeadamente, a Segurança do Doente Pediátrico continua a ser uma problemática muito atual a nível mundial, sendo assunto de debate nas agendas políticas de diversos países. Nas últimas duas décadas, várias estratégias têm sido desenvolvidas para a Segurança do Doente mas permanece um longo caminho por percorrer. A segurança e a qualidade dos cuidados prestados são indissociáveis e assumem particular relevância nos cuidados de saúde ao doente pediátrico que, fruto das suas características desenvolvimentais e especial vulnerabilidade, está mais propenso à ocorrência de incidentes associados aos cuidados de saúde. Apesar do esforço significativo realizado, os danos evitáveis e as lacunas na qualidade dos cuidados continuam a afetar as crianças/jovens/famílias que recebem cuidados de saúde. Mundialmente, estima-se que a incidência de erros em contexto pediátrico é de 9%, apesar de existirem poucos estudos sobre

esta matéria em Portugal, admite-se que as unidades hospitalares nacionais apresentam nível de credibilidade similar aos dos outros países.

Entre as estratégias edificadas pela OMS, a notificação de incidentes na área dos cuidados de saúde, é reconhecidamente uma ferramenta essencial para obtenção de dados que permitam investigar e implementar mecanismos para a prevenção de incidentes, aumentando o nível de segurança do doente e dos profissionais de saúde. Os enfermeiros são os profissionais mais próximos do doente, cuidando do doente 24 horas por dia, dia após dia, o que torna incontornável a sua preocupação com a segurança do doente e consequentemente o desenvolvimento de ações, objetivando a prevenção de incidentes e a melhoria dos cuidados prestados.

No âmbito da prestação de cuidados o foco das aprendizagens foi nas principais áreas da prestação de cuidados de enfermagem em pediatria: promoção de saúde e vigilância do crescimento e desenvolvimento; minimização do impacto da hospitalização; comunicação; parceria de cuidados; avaliação e controlo da dor; crianças em risco e ainda crianças com necessidades especiais e doença crónica complexa. Quanto ao domínio da gestão, foi possível compreender a necessidade de otimização de recursos materiais e humanos, assim como, a importância posição de líder assumida pelo EE coordenador de turno, delegando e supervisionando atividades realizadas, sendo estes requisitos fundamentais para uma prestação de cuidados efetiva e de qualidade.

Todo o percurso de formação, foi pautado por inúmeras dificuldades, decorrentes da conciliação pessoal, familiar, académica e essencialmente profissional. Outro aspeto a ressaltar, com implicações especialmente negativas neste percurso formativo, foi o contexto de Pandemia SARS-COVID-19. A OMS, declara o surto da doença COVID-19 causada pelo coronavírus SARS-COV-2 como uma emergência de saúde pública internacional no início do ano 2020 e qualifica-o de Pandemia SARS-COVID-19 a 11 de março do mesmo ano. Seguindo-se a declaração do estado de emergência a nível nacional e todo o percurso formativo sofreu alterações devido a esta conjuntura.

A verdade é que esta situação trouxe uma nova realidade sobre as condições de trabalho dos profissionais de saúde, nomeadamente nos enfermeiros. O impacto da Pandemia SARS-COVID-19 teve repercussões no aumento dos riscos na saúde dos profissionais de saúde, especialmente o *burnout*, ansiedade, entre outras questões relacionadas com a sobrecarga de trabalho. Associado às exigências no contexto de trabalho, surgem as dificuldades acrescidas dos profissionais de saúde na manutenção de uma harmonia entre o contexto profissional e familiar (Silva et al., 2021).

A atuação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, ficou subordinada às orientações e normas da DGS e institucionais no contexto da Pandemia SARS-COVID-19, tais como o distanciamento e restrição de contato preconizada, o uso de

equipamento individual de proteção e higienização. Em alguns campos de estágio o incremento destas normas e orientações dificultaram o contato e a criação de uma relação de empatia com o doente pediátrico.

Esta conjuntura pandémica também teve impacto significativo no aumento de crianças, especialmente de jovens, sem acompanhamento de familiar durante o internamento hospitalar. Esta situação no SIP era atribuída à necessidade de realizar teste a Sars-cov-2 à entrada e de não se poder ausentar do serviço no decurso do internamento. Um número significativo de pais optava pela visita diária de 15 minutos, sem necessidade de serem testados a Sars-cov-2.

Apesar de todo o percurso de estágio ter sido realizado em contexto de pandemia exigindo esforço acrescido de adaptação e resiliência que determinou naturalmente algumas limitações à formação, mas não impediu a concretização com sucesso da generalidade dos objetivos propostos e atividades planeadas. Este percurso foi marcado pela atitude cooperativa das equipas, supervisoras clínicas e da professora orientadora, pelas experiências proporcionadas e pela atitude assertiva e profissional com as crianças/jovens e familiar e equipa multidisciplinar.

Em suma, considera-se que todo o percurso formativo foi produtivo e que os objetivos propostos foram alcançados. Este percurso permitiu adquirir competências e conhecimentos nos diferentes contextos de cuidados de saúde à criança/jovem, refletir e aprofundar conhecimentos sobre o tema da Segurança do Doente Pediátrico.

É fundamental mencionar que o percurso de formação e os seus contributos não se esgotam neste relatório, sendo essencial investir na formação contínua. Com o intuito de dar prossecução ao trabalho desenvolvido, consciente de que muito fica por fazer. Perspetiva-se a divulgação do trabalho realizado, com o intuito de incentivar a identificação e notificação de incidentes no contexto laboral atual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. <http://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Almeida, R.B.F. (2018). Utilização de Protóxido de Azoto na Urgência Pediátrica. Mestrado Integrado Em Medicina – Trabalho Final. Faculdade De Medicina Da Universidade De Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/82550/1/TESE%20RITA%20FERREIRA%20DE%20ALMEIDA.pdf>
- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the psychological association: The official guide to APA style (7th ed.). <https://apastyle.apa.org/instructional-aids/whats-new-7e-guide.pdf>
- Atarão, F.C., Machado, E.M., Colomé, J.S., Santos, N.O. & Pereira, L.A. (2021). Formação do enfermeiro-líder a partir da pedagogia de schoenstatt: Desafios e perspectivas. *Research, Society and Development*, v.10, n.7. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16317>
- Barroso, F., Sales, L. & Ramos, S. (2021). Guia Prático para a Segurança do Doente. Lidel
- Brantes, A.L.G. & Curado, M.A.S. (2021). Percepção dos enfermeiros sobre a alimentação do recém-nascido pré-termo. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 30:e20200597 ISSN 1980-265X <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0597>
- Breigeiron, M.K., Vaccari, A., & Ribeiro, S.P. (2021). Florence Nightingale: Legacy, present and perspectives in COVID-19 pandemic times. *Revista brasileira de enfermagem*, 74Suppl 1(Suppl 1), e20201306. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1306>
- Bruno, P. (2010). *Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas de Implementação em Portugal*. 1ª ed. Coimbra: Coimbra Editora.
- Carillo, A.C. (2018). Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2). <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1522/358>
- Castellanos, B.E. & Jara, P.C. (2019). Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje. *Educación*, 28(54), 182-202. <https://dx.doi.org/10.18800/educacion.201901.009>
- Chun, J. & Bafford, A.C. (2014). History and background of quality measurement. *Clinics in colon and rectal surgery*, 27(1), 5–9. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1366912>
- Conte, A.F. & Jeneral, R.B.R. (2018). Sentimentos vivenciados pelos adolescentes portadores de diabetes mellitus tipo 1. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*; 20(4):218-22. DOI: 10.23925/1984-4840.2018v20i4a7

- Costa, M.G.F.A. & Ferreira, M.C. (2004). Cuidar em Parceria: Subsídio para a Vinculação Pais/Bebé Pré-Termo. Escola Superior de Enfermagem de Viseu - 30 anos, 51(8) <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/442/1/Cuidar%20em%20parceria.pdf>
- Coutinho, C.P. (2020). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas. Edições Almedina, SA
- Danski, M.T.R., Oliveira, G.L.R. de, Pedrolo, E., Lind, J. & Johann, D.A. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. Ciência, Cuidado E Saúde, 16(2). <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v16i2.36304>
- Despacho n.º 5613/2015 do Diário da República. (2015) 2.ª série, N.º 102 — 27 de maio, 13550 (3). <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Despacho n.º 1400-A/2015 do Diário da República. (2015) 2.º serie, Nº 28 – 10 de fevereiro, 3882 (10). <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
- Despacho n.º 9390/2021 do Diário da República.(2021) 2.ª série, N.º 187 - 24 de setembro de 2021, 93-103. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Despacho n.º 14223/2009 do Diário da República, 2.ª série — N.º 120 — 24 de Junho de 2009, 24667-9 <https://files.dre.pt/2s/2009/06/120000000/2466724669.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. DGS. http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_-versaoresumo_maio20133.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. DGS https://www.apn.org.pt/documentos/2022/consulta_publica_plano_nacional_saude_2021_2030.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Análise de Incidentes e de Eventos Adversos. Orientação nº 011/2012 de 30/07/2012. http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_024.2012%20DE%20DEZ.2012.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Departamento da Qualidade na Saúde. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Programa Nacional para a Diabetes. Crianças e jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1. Manual de formação resumido para profissionais de saúde e de educação. Lisboa. ISBN: 978-972-675-291-2 <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/criancas-e-jovens-com-diabetes-mellitus-tipo-1-manual-resumido-para-profissionais-de-saude-e-de-educacao-pdf.aspx>

- Direção Geral da Saúde. (2014). Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFIC@. Norma nº 015/2014 de 25/09/2014. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistema-nacional-de-notificacao-de-incidentes_notifica.pdf
- Direção Geral da Saúde (2012). Saúde Infantil e Juvenil Programa Nacional. Ministério da Saúde. <https://www.spedp.pt/files/upload/noticias/3--pediatria-dgs-2012.pdf>
- Escobar, C., Silva, M. & Marques, S. (2019). Controlo da dor em Pediatria: a Experiência de utilização da mistura equimolar de protóxido de azoto e oxigénio em Pediatria. Cadernos de Saúde Vol. 11 Nº1. <file:///C:/Users/Malvina%20Calado/Downloads/5304-Artigo-16047-1-10-20200930.pdf>
- European Commission. (2005). Luxemburg Declaration on Patient Safety - Patient Safety - Making it Happen. https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf
- European Union. (2014). Patient Safety and Quality of Care. DOI 10.2772/33169. <https://ec.europa.eu/jrc/sites/jrcsh/files/Patient%20safety%20and%20quality%20of%20care.pdf>
- Fernandes, A.M.L. & Queirós, P.J.P. (2011). Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. Revista de Enfermagem Referência serIII (4):37-48. https://www.researchgate.net/publication/262458930_Cultura_de_Seguranca_do_Doente_percecionada_por_enfermeiros_em_hospitais_distritais_portugueses
- Ferraz, A.R. & Guimarães, H. (2016). História da Neonatologia no Mundo. Hospital S. João https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/historia_da_neonatologia_no_mundo.pdf
- Fradique, M.J. & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, serie III(10), 45-53. <https://doi.org/10.12707/RIII12133>
- Fragata, J. & Martins, L. (2014). O erro em medicina. Almedina.
- Fragata, J. (2011). Segurança dos Doentes – Uma Abordagem Prática. Lidel.
- Fortin, Marie-Fabienne (2009). Fundamentos e etapas de processo de investigação. Lusodidacta.
- Granel, N., Manresa, J.M.D., Watson, C.E., Gómez, R.I. & Bernabeu, M.D.T. (2020). Nurses' perceptions of patient safety culture: a mixed-methods study. BMC health services research, 20(1), 584. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05441-w>
- Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª). Lusociência.
- International Diabetes Federation (2015). Annual Report 2015. IDF_AnnualReport_2015_WEB.pdf
- Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25057539/>

- Lemon, V., & Stockwell, D. (2012). Detecção automatizada de eventos adversos em crianças. *Pediatr.Clin.North Am.*, 59 (6). <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.08.007>
- Lima, S. (2011). Sistema de Notificação de Eventos Adversos: Contributos para a Melhoria da Segurança do Doente. Dissertação de Mestrado em Gestão da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9417/3/RUN%20-%20Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado%20-%20Sara%20Lima.pdf>
- Lima, S.M.S., Agostinho, M., Mota, L. & Príncipe, F. (2018). Perceção dos profissionais de saúde das limitações à notificação do erro/ evento adverso. *Revista de Enfermagem Referência Série IV* - n.º 19,99-106. <https://doi.org/10.12707/RIV18023>
- Lotto, C.R. & Linhares, M.B.M. (2018). "Skin-to-Skin" Contact in Pain Prevention in Preterm Infants: Systematic Review of Literature. *Trends in Psychology*, 26(4), 1699-1713. <https://doi.org/10.9788/tp2018.4-01pt>
- Mano, M. (2002). Cuidados de parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e a pais. *Revista Referencia*, nº8; 54-61.
- Martins, L. (2017). Adesão à notificação de eventos pelos enfermeiros dos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos de um hospital central. Mestrado em Gestão e a Avaliação de Tecnologias em Saúde. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7321/1/Ades%c3%a3o%20%c3%a0%20notifica%c3%a7%c3%a3o%20de%20eventos%20pelos%20enfermeiros%20dos%20servi%c3%a7o%20de%20internamento%20e%20unidades%20de%20cuidados%20intensivos%20de%20um%20hospital%20central.pdf>
- Matlow, A. G., Cronin, C. M., Flintoft, V., Nijssen-Jordan, C., Fleming, M., Brady-Fryer, B., Hiltz, M. A., Orrbine, E. & Baker, G. R. (2011). Description of the development and validation of the Canadian Paediatric Trigger Tool. *BMJ quality & safety*, 20(5), 416–423. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.041152>
- Melgarejo, C.R.V., Mastroianni, P.C. & Varallo, F.R. (2019) Promoção da cultura de notificação de incidentes em saúde [online]. São Paulo: Editora UNESP 117 p. ISBN: 978-85-9546-337-0. <https://doi.org/10.7476/9788595463370>
- Mendes, A.P. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*. EISSN: 1409-4258 Vol. 20(1), 1-23. doi: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- Mendes, M. (2012). Organização dos cuidados e a parceria com os pais em pediatria. *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (137-142). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19940/1/Organiza%C3%A7%C3%A3o%20dos%20cuidados%20e%20a%20parceria%20com%20os%20pais%20em%20pediatria.pdf>

- Miller, M.R., Takata, G., Stucky R.E. & Neuspiel, D.R. (2011) Steering Committee on Quality Improvement and Management and Committee on Hospital Care; Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care. *Pediatrics*, vol.127 (6): 1199–1210. <https://publications.aap.org/pediatrics/article/127/6/1199/30014/Principles-of-Pediatric-Patient-Safety-Reducing>
- Morais, L., Portela, I., Paulino, A. & Xavier, C. (2022). Abordagem de Dor Complexa em criança com uma Crise Vaso-Oclusiva: Um Caso Clínico. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, vol.3, nº1. <http://revistas.rcaap.pt/anestesiologia>
<https://dx.doi.org/10.25751/rspa.25723>
- Mueller, B.U., Neuspiel, D.R. & Fisher, E.R.S. (2019). Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care. *American Academy of Pediatrics*, 143 (2) e20183649; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3649>
- National Patient Safety Agency. (2009). Review of patient safety for children and young people. Londres. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59864>
- National Patient Safety Agency. (2004). Seven steps to patient safety: an overview guide for NHS staff. Londres. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/sevensteps-to-patient-safety/?entryid45=59787>.
- Nether, K.G., Thomas, E.J., Khan, A., Ottosen, M.J. & Yager, L. (2022). Implementing a Robust Process Improvement Program in the Neonatal Intensive Care Unit to Reduce Harm. *Journal for healthcare quality : official publication of the National Association for Healthcare Quality*, 44(1), 23–30. <https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000310>
- Nobre, C.M.G., Costa, A.R., Minasi, A.S., Possani, S.M., Mota, M.S. & Gomes, G.C. (2019). Cuidado à Criança e ao Adolescente com Diabetes Mellitus Tipo 1. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife; 13(1):111-7. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a238622p111-117-2019>
- Nunes, L. (2006). Tomada de posição sobre segurança do cliente. http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_2maio2006.pdf
- Oliveira, G., Vicente, I.N., Guardiano, M., Aguiar, L., Loureiro, S., Gouveia, R. & Silva, F.G. (2020). Pediatria do Neurodesenvolvimento em Portugal: Movimento Hospitalar assistencial, Recursos e Necessidades – Evolução em Dez Anos. *Acta Med Port.* <https://doi.org/10.20344/amp.13316>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de posição sobre a segurança do cliente. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Cadernos OE, serie 1, nº8. ISBN: 978-989-8444-26-4 https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedpositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011), Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica 2011 VOLUME II

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticeesip_volii.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. 4ª Assembleia Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Ordem dos Enfermeiros. Relatório e Contas 2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2020

Ordem dos Enfermeiros, (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos da OE, Série 1 – N.º 6. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodocranca.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, 2.ª série, n.º133. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de posição sobre a segurança do cliente. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2005). World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69797>

Organização Mundial de Saúde. (2021). Sistemas de Notificação e aprendizagens de segurança do paciente. Relatório técnico e orientações. Editora Mizuno.

Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência, 11, 121–132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>

Ramos, A.L. & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. (1ª edição) Lidel.

Rodrigues, B.C., Uema, R.T.B., Rissi, G.P., Felipin, L.C.S. & Higarashi, I.H. (2019). Cuidado centrado na família e sua prática na unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Rene; 20:e39767. DOI: 10.15253/2175-6783.20192039767

- Romera A. & Garrido A. (2020). Diez años de incidentes críticos pediátricos declarados en el Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación. *Rev Chil Anest*; 49: 861-866. DOI: 10.25237/revchilanestv49n06-11. <https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv49n06-11.pdf>
- Roque, H., Veloso A. & Ferreira, P.L. (2016). Versão portuguesa do questionário EUROPEP: contributos para a validação psicométrica. *Revista Saúde Publica*. 2016; 50:61. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/mMdnknqjK6BMBvngb9gkLPn/?lang=pt&format=pdf>
- Ruivo, M.A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, pp. 1-37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Serrano, M.T.P., Costa, A.S.M.C. da & Costa, D.N.M.V.N.(2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). Referência - *Revista de Enfermagem*, vol. III, núm. 3, pp. 15-23. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239962003>
- Silva, C.A. da, Carvalheira, F.C.R.de M. & Paulino, P. de J.C. (2021). COVID 19 e os constrangimentos do mundo do trabalho dos profissionais de saúde: Contributos para a revisão da literatura. *Desenvolvimento e Sociedade*; n.º 10. ISSN eletrónico: 2184-2647 <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/31281/1/COVID%2019%20e%20os%20constrangimentos%20do%20mundo%20do%20trabalho%202021.pdf>
- Silva, D.M. (2002). Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. *Millenium*, 26. <https://core.ac.uk/download/pdf/70643136.pdf>
- Silva, E.M.B., Garcia, C.R.F., Silva, D.M. & Duarte, J.C. (2018). A segurança dos cuidados da criança hospitalizada: percepção dos enfermeiros. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 9:1 (2018) 67. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 9:1 <http://hdl.handle.net/11067/4650>. <https://doi.org/10.34628/sary-e786>.
- Silva, E., Macedo, M., Silva, D., Aparício, G. & André, S. (2017). Vivências dos pais sobre a diabetes tipo 1 dos seus filhos. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde*. 2:176-84 ISBN: 978-972-8914-76-9
- Simões, J., Alarcão, I. & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspetiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência*, IIª Série (6), 91-108. <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/0691108.pdf>
- Sistema Nacional de Saúde. (2019). SClínico – Sistemas de Cuidados de Saúde Hospitalares. Manual de consulta rápida. Serviços Partilhados Do Ministério Da Saúde, EPE. DIGITAL_Brochura_Guia-SClinico_2019.pdf https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/DIGITAL_Brochura_Guia-SClinico_2019.pdf
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016). Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Letra Solúvel – Publicidade e

Marketing, Lda: 2016. ISBN: 978-989-96663-2-0.

<http://www.spd.pt/images/bolsas/dfn2015.pdfm>

Sousa, P. & Mendes, W. (2019). Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2ªed. revista e ampliada). Editora Fiocruz. ISBN: 978-85-8432-062-2.

<https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2019/09/seguranca-do-paciente--livro-2.pdf>

Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Nunes, C., & Leite, E. S. (2014). Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC health services research*, 14, 311. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-31>

Targa, T., Pimentel, R.R.S. & Scardoelli, M.G.C. (2017). Diabetes Mellitus na Infância e Adolescência: Repercussões no Cotidiano Dos Familiares. *Cienc Cuid Saude*; 16(1). DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v16i1.30435.

UNICEF (2019). A Convenção sobre os Direitos da Criança.

https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

WHO. (2005). World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69797>

WHO. (2007). The nine Patient Safety Solutions.

https://www.who.int/patientsafety/events/07/02_05_2007/en/

WHO. (2008). Global Priorities for Research in Patient Safety (first edition). The Research Priority Setting Working Group.

https://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global_priorities_patient_safety_research.pdf

ANEXOS

ANEXO I - Autorização para a sua aplicação e adaptação do questionário aplicado no estudo de Paula Bruno (2010) “Registo de incidentes e eventos adverso: implicações jurídicas da implementação em Portugal”.

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Paula Bruno, declaro que autorizo a **Malvina da Boanova Rosado Calado** a utilizar o questionário que foi por mim elaborado e utilizado na minha tese de Administração Hospitalar, e que se encontra publicado na obra sob o título “Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal - Erro em Medicina”, da Coimbra Editora.

Mais declaro que autorizo que o questionário seja adaptado e alterado pela **Malvina da Boanova Rosado Calado**, no âmbito do seu projeto cujo tema é “Cultura de notificação de incidentes como prática para a segurança e qualidade dos cuidados de saúde em contexto pediátrico.”

Lisboa, 18 Outubro 2021

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'PB', with a long horizontal stroke extending to the right and a small vertical tick at the end.

ANEXO II - Certificado do European Pediatric Advanced Life Support (EPALS)



EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL
www.erc.edu

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

Malvina Rosado CALADO

12/11/1978

Obteve a qualificação de ERC
European Paediatric Advanced Life Support (EPALS)
Operacional
No Beja, Portugal

Maurílio GASPAR
diretor de curso



Data do último curso: 24/09/2021

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.
Para verificar a validade deste certificado, acesse <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-884-164421

ANEXO III – Certificado do XXIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva Pediátrica da Sociedade de Unidades Intensivas Pediátricas da Sociedade Portuguesa de Pediatria

XXIII

CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTENSIVA

PEDIÁTRICA
Evento Online

CERTIFICADO



A Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca certifica que **Malvina Calado** participou no XXIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva Pediátrica da Sociedade de Cuidados Intensivos Pediátricos da Sociedade Portuguesa de Pediatria, que se realizou nos dias 14 e 15 de outubro de 2021.

Amadora, 21 de Outubro de 2021

Pedro Nunes

Pedro Nunes (UCIEP-HFF)
Presidente da Comissão Organizadora

Organização:
Unidade de Cuidados Intensivos
e Especiais Pediátricos



APÉNDICES

APÊNDICE A – Guia orientador de estágio – Serviço de Internamento de Pediatria

**Guia orientador de Estágio
Serviço de Internamento de Pediatria**

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Ações	Recursos
<p>Desenvolver competências na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, durante o processo de internamento e crescimento e</p>	<p>Aprofundar conhecimentos na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, em processos de hospitalização, face à necessidade identificada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil; - Identificação dos fatores inibidores e promotores do desenvolvimento aquando da hospitalização; - Participação na orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil e juvenil; - Participação no desenvolvimento dos planos individuais de saúde, com enfoque nos comportamentos promotores de saúde e tomada de decisão responsável, sempre que necessário; 	<p>Enfermeira orientadora</p> <p>Equipa de Enfermagem</p> <p>Objetivos de Estágio</p> <p>Guias Orientadores de Boas Práticas.</p>
	<p>Desenvolver habilidades comunicacionais na relação com a criança, jovem e família.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre técnicas de comunicação adequadas à idade pediátrica; - Reflexão sobre técnicas de comunicação utilizadas aquando da interação com a criança, jovem e família, adequadas ao estágio de desenvolvimento, temperamento, culturas e situação clínica. - Interação com a criança, jovem e família, de forma a treinar as habilidades no domínio da comunicação verbal e não verbal; - Interação com a família de forma a valorizar as suas emoções e preocupações face ao processo de hospitalização, através do diálogo e escuta ativa. 	
	<p>Prestar cuidados globais e individualizados na doença aguda ou agudização da doença crónica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre as principais patologias que motivam o internamento; - Observação e participação nos cuidados individualizados à criança, jovem e família durante o internamento (admissão, acolhimento, alta ou transferência); - Articulação com os recursos existentes na comunidade para continuidade dos cuidados após a alta da criança, jovem. - Aplicação de atividades na área do brincar terapêutico; - Prestação de Cuidados Não Traumáticos, com enfoque nas técnicas distrativas e medidas não farmacológicas no controlo da dor. - Participação na identificação e sinalização da criança, jovem e família de risco; - Participação nas intervenções direcionadas para a criança, jovem e família com necessidades especiais de saúde; 	
<p>Analisar os cuidados de Qualidade prestados com vista à segurança do doente pediátrico.</p>	<p>Analisar as práticas de atuação dos enfermeiros com enfoque na segurança e qualidade dos cuidados prestados.</p> <p>Promover a adesão da notificação de incidentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Análise de estratégias de atuação para prevenção da ocorrência de incidentes; -Análise das práticas de notificação de incidentes; -Análise da formação e projetos desenvolvidos no âmbito da gestão de risco e da segurança no serviço; -Realização de uma reflexão sobre a importância da análise de incidentes na melhoria das práticas de cuidados; - Sensibilização para a temática da segurança do doente, gestão de incidentes e notificação de incidentes; 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica - Equipa de Enfermagem - Enfermeira orientadora - Projeto de Intervenção.

APÊNDICE B – Guia orientador de estágio – Centro de Desenvolvimento da Criança

Guia orientador de Estágio – Centro de Desenvolvimento da Criança

Objetivo geral	Objetivos Específicos	Ações	Recursos
<p>Desenvolver competências na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, na promoção e na reabilitação da criança.</p>	<p>Aprofundar conhecimentos científicos na área do desenvolvimento infantil, dos instrumentos de avaliação e estratégias de intervenção para a sua promoção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre crescimento e desenvolvimento infantil: avaliação e promoção. - Pesquisa bibliográfica sobre as situações de doença mais frequentes no CDC. - Pesquisa bibliográfica sobre instrumentos de avaliação e suas características, nomeadamente: escala de avaliação de desenvolvimento infantil de <i>Mary Sheridan</i>, teste de <i>TIMPS</i> 	<p>Enfermeira orientadora</p> <p>Equipa de Enfermagem</p> <p>Objetivos de Estágio</p> <p>Guias Orientadores de Boas Práticas</p>
	<p>Desenvolver habilidades comunicacionais na relação com a criança/família</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre técnicas de comunicação em pediatria; - Reflexão sobre técnicas de comunicação utilizadas, aquando da interação com a criança/família, sensíveis ao estágio de desenvolvimento, culturas e situação clínica; - Treino de habilidades comunicacionais (verbais e não verbais) na prestação de cuidados direta com a criança/família; 	
	<p>Prestar cuidados globais e individualizados na consulta de acompanhamento de enfermagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre as principais patologias que motivam o acompanhamento pelo CDC; - Observação e participação nas consultas realizadas no âmbito da Neonatologia/Follow-up. - Observação das terapias de psicomotricidade e da fala, na consulta de Pediatria do Desenvolvimento, de Psicologia - Prestação de Cuidados Não Traumáticos (em especial, e como exemplo, na colheita invasiva de espécimes biológicos). - Observação participada aquando da aplicação das escalas de avaliação de desenvolvimento de <i>Mary Sheridan</i>. - Planificação, em parceria com a família, dos cuidados de saúde: identificação das potencialidades e/ou dos sinais de alarme e atividades promotoras do desenvolvimento infantil. 	
<p>Promover a implementação de cuidados de qualidade com vista à segurança da criança, do jovem e da família.</p>	<p>Analisar as práticas de atuação dos enfermeiros com enfoque na segurança e qualidade dos cuidados prestados.</p> <p>Promover a adesão da notificação de incidentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a adesão da notificação de incidentes. - Análise de estratégias de atuação para prevenção da ocorrência de incidentes; - Análise das práticas de notificação de incidentes; - Análise da formação e projetos desenvolvidos no âmbito da gestão de risco e da segurança no serviço; - Sensibilização para a temática da segurança do doente, gestão de incidentes e notificação de incidentes; 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica - Equipa de Enfermagem - Enfermeira orientadora - Projeto de Intervenção.

APÊNDICE C – Guia orientador de estágio – Consulta Hospitalar de Pediatria

Guia orientador de Estágio – Consulta Hospitalar de Pediatria

Objetivo geral	Objetivo específicos	Atividades	Recursos
<p>Desenvolver competências de EESIP : na maximização da saúde; na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil; na promoção da reabilitação da criança/jovem</p>	<p>⇒ Identificar os quadros de referência norteadores dos cuidados prestados no âmbito da consulta de enfermagem; ⇒ Analisar o papel do EEESIP no seio da equipa multidisciplinar;</p>	<p>⇒ Observação da estrutura, organização e cuidados prestados na consulta de pediatria; ⇒ Análise da dinâmica funcional da consulta de pediatria; ⇒ Consulta de manuais de boas praticas, protocolos, normas e outros documentos de referência; ⇒ Análise reflexiva sobre estratégias de atuação com enfoque nos cuidados não traumáticos, cuidados centrados na família e segurança; ⇒ Observação da diferenciação do papel do enfermeiro especialista na prática de cuidados; ⇒ Discussão e análise de situações concretas de cuidados com o enfermeiro orientador e restante equipa;</p>	<p>Equipa multidisciplinar. PNSIJ. Guias Orientadores de Boas Práticas. Bases de dados.</p>
	<p>⇒ Aprofundar conhecimentos científicos na área do desenvolvimento infantojuvenil, dos instrumentos de avaliação e estratégias de intervenção para a sua promoção.</p>	<p>⇒ Pesquisa bibliográfica sobre desenvolvimento infantil e juvenil; ⇒ Identificação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil utilizados na consulta; ⇒ Reunião com a enfermeira orientadora para diagnóstico das necessidades de formação da equipa multidisciplinar e, se necessário, desenvolver uma atividade formativa; ⇒ Avaliação e interpretação tutorada de parâmetros de crescimento e desenvolvimento;</p>	
	<p>⇒ Desenvolver habilidades comunicacionais na relação com a criança/jovem e família.</p>	<p>⇒ Pesquisa bibliográfica sobre técnicas de comunicação em pediatria; ⇒ Reflexão sobre técnicas de comunicação utilizadas, aquando da interação com a criança/família, sensíveis ao estágio de desenvolvimento, culturas e situação clínica; ⇒ Treino de habilidades comunicacionais (verbais e não verbais) na prestação de cuidados direta com a criança/família;</p>	

	<p>⇒ Prestar cuidados globais e individualizados na consulta de enfermagem de saúde infantil e pediátrica.</p>	<p>⇒ Observação das consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil, dirigida à avaliação do crescimento e desenvolvimento;</p> <p>⇒ Realização da consulta, com supervisão e com crescente autonomia, tendo em conta a idade da criança/ jovem, com maior rigor na avaliação e promoção do desenvolvimento;</p> <p>⇒ Reflexão com a enfermeira orientadora sobre os resultados obtidos e exposição de dúvidas aquando da avaliação do desenvolvimento;</p> <p>⇒ Participação na orientação antecipatória e capacitação das famílias para maximização do potencial de desenvolvimento da criança/ jovem;</p> <p>⇒ Participação no desenvolvimento dos planos individuais de saúde, com enfoque nos comportamentos promotores de saúde e bem-estar e tomada de decisão responsável;</p> <p>⇒ Participação na identificação, apoio e orientação da criança/jovem e família em risco;</p> <p>⇒ Participação no acompanhamento e capacitação da criança/ jovem e família portadora de doença crónica, em especial a criança portadora de Diabetes;</p> <p>⇒ Participação nas intervenções direcionadas para a criança/ jovem/ família com necessidades especiais de saúde;</p> <p>⇒ Participação na identificação e encaminhamento de situações que possam comprometer a vida ou qualidade de vida da criança/ jovem;</p> <p>⇒ Prestação de Cuidados Não-Traumáticos, em especial, no tratamento de feridas, vacinação, colheita de espécimes biológicos.</p>	
<p>Promover a implementação de cuidados de qualidade com vista à segurança da criança, do jovem e da família..</p>	<p>⇒ Analisar as práticas de atuação dos enfermeiros com enfoque na segurança e qualidade dos cuidados prestados.</p> <p>⇒ Promover a adesão da notificação de incidentes.</p>	<p>⇒ Análise de estratégias de atuação para prevenção da ocorrência de incidentes;</p> <p>⇒ Análise das práticas de notificação de incidentes;</p> <p>⇒ Análise da formação profissional e projetos desenvolvidos no âmbito da gestão de risco e da segurança no serviço;</p> <p>⇒ Realização de uma reflexão sobre a importância da análise de incidentes na melhoria das práticas de cuidados;</p> <p>⇒ Identificação da dinâmica de ligação do serviço com o Gabinete de Gestão de Risco;</p> <p>⇒ Sensibilização para a temática da segurança do doente, gestão de incidentes e notificação de incidentes;</p>	<p>Pesquisa bibliográfica</p> <p>Equipa de Enfermagem</p> <p>Enfermeira Orientadora</p> <p>Projeto de Intervenção.</p>

APÊNDICE D – Guia orientador de estágio – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Guia orientador de Estágio – Unidade de Neonatologia

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Ações	Recursos
Desenvolver competências na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, na área da Neonatologia	Aprofundar conhecimento científicos, sobre o Recém-nascido pré-termo.	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica acerca do Recém-nascido pré-termo. - Identificação dos fatores inibidores e promotores do desenvolvimento no período neonatal. - Conhecimento dos instrumentos de avaliação do desenvolvimento do Recém-nascido pré-termo e sua aplicabilidade na unidade de estágio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientadora clínica - Equipa de Enfermagem - Orientadora docente - Objetivos de Estágio - Enfermeira Orientadora - Guias Orientadores de Boas Práticas.
	Desenvolver habilidades comunicacionais na relação com o Recém-nascido e família.	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre técnicas de comunicação adequadas à idade pediátrica; - Reflexão sobre técnicas de comunicação utilizadas aquando da interação com o Recém-nascido e a família - Interação com o Recém-nascido e a família, de forma a treinar as habilidades no domínio da comunicação; - Interação com a família de forma a valorizar as suas emoções e preocupações face ao processo de hospitalização, através do diálogo e escuta ativa. 	
Desenvolver competências na avaliação e promoção do crescimento e	Prestar cuidados promotores da parentalidade, em situações complexas	<ul style="list-style-type: none"> - Planeamento e prestação de cuidados, em parceria, com os pais, atendendo ao conforto e organização do Recém-nascido, de forma total e independente, na Unidade de Cuidados Intermédios e Sala de Pré-saída. 	

<p>desenvolvimento infantil, na área da Neonatologia.</p>	<p>do Recém-nascido pré-termo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados não traumáticos e promotores do desenvolvimento do Recém-nascido pré- termo; - Acolhimento dos pais na unidade de Neonatologia: apresentação da equipa, normas de funcionamento e explicação possível do ambiente; - Diálogo com os pais incentivando a expressão do pensamento e sentimentos; - Valorização das características e competências do Recém-nascido aos pais: aparência e comportamento e novas aquisições; - Preparação para a alta: cuidados antecipatórios e rede de suporte. 	
<p>Promover a implementação de cuidados de qualidade com vista à segurança do RN e família</p>	<p>Analisar as práticas de atuação dos enfermeiros com enfoque na segurança e qualidade dos cuidados prestados.</p> <p>Promover a adesão da notificação de incidentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Análise de estratégias de atuação para prevenção da ocorrência de incidentes; - Análise das práticas de notificação de incidentes; - Análise da formação profissional e projetos desenvolvidos no âmbito da gestão de risco e da segurança no serviço; - Realização de uma reflexão sobre a importância da análise de incidentes na melhoria das práticas de cuidados; - Identificação da dinâmica de ligação do serviço com o Gabinete de Gestão de Risco; - Sensibilização para a temática da segurança do doente, gestão de incidentes e notificação de incidentes; - Construção de ferramenta facilitadora da notificação de incidentes no contexto de neonatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica - Equipa de Enfermagem - Enfermeira orientadora - Projeto de Intervenção.

APÊNDICE E – Guia orientador de estágio – objetivos e atividades transversais aos campos de estágio

Guia orientador de Estágio Transversal a todos os campos de estágio			
Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Ações	Recursos
Desenvolver Competências comuns de Enfermeiro Especialista	Promover processos de aprendizagem e tomada de decisão sustentados na melhor evidência científica. Desenvolver competências promotoras de um papel de liderança e assertividade.	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de protocolos, normas e manuais de acolhimento ou outros documentos de referência; - Identificação dos quadros teóricos de referência na prática clínica; - Consulta da evidência científica e normas disponíveis relativas à saúde da criança e do jovem: publicações e guias orientadores de boa prática; - Reconhecimento de lacunas do conhecimento e oportunidades de aprendizagem relativas à saúde da criança e do jovem; - Reflexão sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista na prática de cuidados e no seio da equipa multidisciplinar 	<p>Enfermeira orientadora</p> <p>Equipa de Enfermagem</p> <p>Objetivos de Estágio</p> <p>Guias Orientadores de Boas Práticas.</p>
	Demonstrar responsabilidade pelas decisões tomadas e pelos atos praticados.	<ul style="list-style-type: none"> - Observação e participação na prática de cuidados à criança e família da equipa de enfermagem, em especial do Enfermeiro Especialista, à criança/família, em diversos contextos clínicos e na multiplicidade de situações; - Reconhecimento de lacunas do conhecimento e oportunidades de aprendizagem relativas à saúde da criança e do jovem; - Análise e partilha com a equipa de casos concretos sobre a intervenção diferenciadora do Enfermeiro Especialista; - Participação no desenvolvimento dos planos individuais de saúde, com enfoque nos comportamentos promotores de saúde e tomada de decisão responsável, sempre que necessário; 	
	Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos sobre gestão de recursos materiais, humanos e cuidados de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de oportunidades de melhoria contínua. - Divulgação de dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. - Colaboração na definição dos recursos necessários para a prestação de cuidados seguros; - Gestão os recursos de forma eficiente para promover a qualidade dos cuidados de enfermagem. 	

APÊNDICE F – Poster – Estratégias não-farmacológicas no controlo da dor nos cuidados pediátricos

CONTROLO E ALÍVIO DA DOR NA CRIANÇA

Estratégias não farmacológicas

A dor é um fenómeno multidimensional complexo, que envolve componentes fisiológicos, sensoriais, afetivos, comportamentais e espirituais, e a sua presença desencadeia um efeito negativo. Nas crianças, a dor apresenta algumas características específicas que devem ser levadas em conta, em termos da sua compreensão, avaliação e tratamento.

Apesar do grande avanço no conhecimento da dor nos diferentes estádios do desenvolvimento da criança e a melhoria no tratamento individual nas diversas faixas etárias pediátricas, muitas crianças ainda veem a sua dor subtratada ou tratada de modo insuficiente no contexto clínico atual.

As estratégias não farmacológicas funcionam como um importante recurso para a diminuição do medo e stress e alívio da dor, promovendo a satisfação da criança face à experiência traumática. A sua utilização tem sido considerada importante nas situações potencialmente dolorosas.

O envolvimento dos pais na utilização de estratégias não farmacológicas contribui para a sua eficácia, diminuindo o stress dos pais durante o procedimento.

Latente do 0 – 12 meses

Amamentação: o latente deve ser colocado à mama antes, durante e após o procedimento.

Sucção não nutritiva: oferecer a chupeta.

Administração de sacarose: administrar solução açucarada oral com seringa ou colocar na chupeta 2 minutos antes do procedimento.

Distração: desviar a atenção da criança antes e durante o procedimento, pode utilizar-se brinquedos macios com cores vivas e sons.

Relaxamento: cantar, contar histórias, repetir uma pequena frase num tom baixinho. Ex. "A mãe está aqui".

Contenção manual: segurar a cabeça e braços da criança, facilitando a aproximação da mão à boca de forma a favorecer a sucção na mão e o autocontrolo.

Música Terapêutica: utilizar músicas adequadas à idade.

Toddler 1 - 4 anos

Distração Comportamental: percepção visual, auditiva e tátil, jogos de concentração, cantar para distrair a criança do procedimento. Manipulação do material didático.

Brinquedo Terapêutico: trazer o brinquedo favorito da criança e antes do procedimento realizar a demonstração no mesmo, permitindo que a criança verbalize os seus medos.

Simulação/ Modelação: simular o procedimento e permitir que a criança simule o que vai acontecer e experimentar, jogo do "faz-de-conta".

Relaxamento: falar em voz baixa, contar histórias, técnicas de relaxamento criativas – bater palmas, realizar exercícios de respiração profunda e lenta.

Música Terapêutica: utilizar músicas adequadas à idade.

Pré-Escolar 4-6 anos

Dramatização das situações já vividas ou que irá experimentar. Valorização de atitudes de cooperação e controlo da situação. Realizar um "contrato comportamental", usar como recompensa estrelas, autocolantes. Não fazer promessas à criança se não for possível cumprir.

Brinquedo Terapêutico: trazer o brinquedo favorito da criança e antes do procedimento realizar a demonstração no mesmo, permitindo que a criança verbalize os seus medos.

Distração Comportamental: contar, dizer o alfabético, imaginar um super-herói que tira a dor, construir um lego, cantar para distrair a criança do procedimento.

Simulação/ Modelação: simular o procedimento e permitir que a criança simule o procedimento no seu brinquedo. Manipulação do material didático.

Relaxamento: antes, durante e após o procedimento, realizar exercícios de respirar profundamente, falar ou cantar num tom de voz baixinho.

Música Terapêutica: utilizar músicas adequadas à idade.

Escolar 6-11 anos

Explicação e dramatização dos procedimentos. Visualização das áreas do corpo envolvidas nos procedimentos. Valorização de atitudes de cooperação e controlo da situação.

Distração Comportamental: utilizar estratégias de distração antes e durante o procedimento – discussão de um filme ou série, falar da escola, jogos, música e programas de Tv.

Simulação/ Modelação: simular o procedimento e permitir que a criança simule o procedimento no seu brinquedo. Manipulação do material didático.

Imaginação Guiada: levar a criança a concentrar-se numa imagem mental ou acontecimento do seu agrado antes e durante o procedimento.

Relaxamento: realizar exercícios de respiração lenta e profunda, falar em voz baixa antes, durante e após o procedimento

Música Terapêutica: utilizar músicas adequadas à idade.

Adolescente 12- 18 anos

Explicação e demonstração dos procedimentos. Visualização das áreas do corpo envolvidas no procedimento.

Distração: evocar imagens e momentos agradáveis e confortáveis, música, utilização de tecnologia. Identificação de aspetos positivos do procedimento, ex. o procedimento não dura muito tempo.

Relaxamento: realizar exercícios de respiração lenta e profunda e técnicas formais de relaxamento muscular. Autoinstrução e pensamento positivo. Ouvir música.

Referências Bibliográficas
Andersson, Bengt G., & Dahl, David (2011). *Manejo da dor em crianças e do adolescente*. In: *Manejo da dor em crianças e do adolescente*. In: *Manejo da dor em crianças e do adolescente*. São Paulo: Elsevier, 1, 1-11.
Caldemoulin, J. (2012). *Manejo da dor em crianças e do adolescente*. In: *Manejo da dor em crianças e do adolescente*. São Paulo: Elsevier, 1, 1-11.
Caldemoulin, J. (2012). *Manejo da dor em crianças e do adolescente*. In: *Manejo da dor em crianças e do adolescente*. São Paulo: Elsevier, 1, 1-11.
Waller, J., & Figueiredo, M. (2012). *Manejo da dor em crianças e do adolescente*. In: *Manejo da dor em crianças e do adolescente*. São Paulo: Elsevier, 1, 1-11.
World Health Organization. (2012). *Reducing pain at the time of vaccination: WHO position paper*. *Weekly epidemiol. Rec. 117*, 1-11.

Elaborado por:
Márcia Cabral, SF Mestrado em Enfermagem em Associação,
Universidade de Évora.

APÊNDICE G - Questionário adaptado do estudo de Paula Bruno (2010) “Registo de incidentes e eventos adverso: implicações jurídicas da implementação em Portugal”.

Notificação de Incidentes no Contexto Pediátrico

Questionário adaptado de Paula Bruno (2010) "Registo de incidentes e eventos adversos: implicações jurídicas da implementação em Portugal."

A segurança do doente é a componente chave na qualidade dos cuidados em saúde, assumindo uma crescente preocupação para os profissionais de saúde, as organizações de saúde e decisores políticos.

A notificação de incidentes é um requisito importante para a promoção da segurança do doente e para a qualidade dos cuidados em saúde. O objetivo principal é reconhecer os riscos, perigos e vulnerabilidade do sistema de saúde, promovendo a aprendizagem com o erro, adoção de medidas preventivas para evitar a sua repetição e a implementação de ações de melhoria para aumentar resiliência do sistema de saúde.

Para melhor compreensão e preenchimento deste questionário, considere as seguintes definições:

- "segurança do doente": a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.
- "incidente": qualquer ocorrência/circunstância que pode resultar, ou resultou, num dano desnecessário para o doente.

Objetivo deste estudo é conhecer a prática dos enfermeiros de notificação de incidentes em diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde pediátricos.

Este questionário será aplicado no âmbito do relatório final do Mestrado, integrado no 5.º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com o tema "Cultura de Notificação de incidentes como prática para a segurança e qualidade dos cuidados de saúde em contexto pediátrico".

Para todas estas questões, não há respostas certas nem erradas. Assim, solicito que expresse a sua opinião e procure responder da forma mais sincera possível.

A participação neste estudo é também anónima e confidencial. Os dados destinam-se apenas a tratamento estatístico e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente. Em nenhum momento do estudo será pedido qualquer elemento que permita a sua identificação.

A sua colaboração é muito importante.

Muito Obrigado

Malvina Calado
malvinacalado@gmail.com

Caracterização da Amostra

1. 1. Género *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
 Masculino

2. 2. Idade *

Marcar apenas uma oval.

- < 21 anos
- De 21 a 30 anos
- De 31 a 40 anos
- De 41 a 50 anos
- De 51 a 60 anos
- A partir de 61 anos

3. 3. Tempo de exercício profissional *

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 2 ano
- De 2 a 4 anos
- De 5 a 10 anos
- Mais de 10 anos

4. 4. Habilitações Literárias *

Marcar apenas uma oval.

- Bacharelato
- Licenciatura
- Especialidade
- Mestrado
- Doutoramento
- Outra: _____

5. 5. Contexto de prestação de cuidados *

Marcar apenas uma oval.

- Consulta de Pediatria
- Internamento de Pediatria
- UCI de Pediatria
- Urgência Pediatria
- Neonatologia
- Outra: _____

Opinião dos Inquiridos

6. 6. Tem conhecimento da existência do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (notific@)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim *Avançar para a pergunta 7*
- Não *Avançar para a pergunta 9*

Opinião dos Inquiridos

7. 6.1. Sabe que o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes é anónimo e de carácter não punitivo? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

8. 6.2. Já utilizou a plataforma notific@? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Opinião dos Inquiridos

9. 7. No seu hospital está implementado algum sistema de notificação de incidentes? *

Marcar apenas uma oval.

Sim *Avançar para a pergunta 10*

Não *Avançar para a pergunta 13*

Não sei *Avançar para a pergunta 13*

Opinião dos Inquiridos

10. 7.1. Já utilizou o sistema de notificação do seu hospital? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

11. 7.2. Concorda com o sistema de notificação do seu hospital? *

Marcar apenas uma oval.

Sim *Avançar para a pergunta 13*

Não

12. Se respondeu não, diga porquê.

Opinião dos Inquiridos

13. 8. No seu serviço está implementado algum sistema de notificação de incidentes? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não *Avançar para a pergunta 17*

Opinião dos Inquiridos

14. 8.1. Já utilizou o sistema de notificação do seu serviço? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

15. 8.2. Concorda com o sistema de notificação do seu serviço? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim *Avançar para a pergunta 17*
 Não

16. Se respondeu não, diga porquê.

Opinião dos Inquiridos

17. 9. Já frequentou formação no âmbito da Segurança do Doente/Qualidade dos cuidados em Saúde *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Opinião dos Inquiridos

18. 10. Nas seguintes situações com que frequência notifica? *

Para cada questão assinale com X a sua resposta conforme a escala.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Raramente	Por vezes	A maioria das vezes	Sempre
Quando ocorre um incidente, mas é detetado e corrigido antes de afetar a criança/jovem/família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando ocorre um incidente, mas não tem perigo potencial para a criança/jovem/família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando ocorre um incidente, que poderia causar dano à criança/jovem/família, mas isso não acontece.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando o incidente provoca dano moderado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando o dano é trágico (morte, incapacidade).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Opinião dos Inquiridos

19. 11. Dos incidentes que a seguir se discriminam, identifique aqueles que já aconteceram no seu local de trabalho e se foram registados por escrito ou não. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Já aconteceu e notifiquei por escrito	Já aconteceu e não notifiquei por escrito	Nunca aconteceu
Quedas da criança/jovem/família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulceras de pressão na criança/jovem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaria ou defeito de material/dispositivos médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de material/roupa/alimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de material clínico e medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disfunções do sistema informático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desaparecimento de valores/objetos pessoais da criança/jovem/família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conflitos com a criança/jovem/família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta do processo da criança/jovem/família nas consultas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erro da identificação da criança/jovem/família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erro na avaliação do estado de saúde da criança/jovem/família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Esquecimento de exame, análise ou preparação da criança/jovem/família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transmissão da informação médica errada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erro de prescrição de produto ou medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erro na administração de produto ou medicamentos (dose/produto/frequência)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prescrição incorretamente preenchida ou ilegível	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erro na interpretação de um exame	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troca de relatório do exame	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infeções associadas aos cuidados de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contagem incorreta de compressas numa cirurgia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lesão de outros órgãos numa cirurgia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Corpo estranho retido pós cirurgia (compressas, pinças)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erro do local a operar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erro relacionado com a anestesia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erro de administração de sangue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Morte inesperada

Opinião dos Inquiridos

20. 12. Se não notificou o incidente, refira porque não o fez? *

Assinale com X a sua resposta conforme a escala.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Tenho receio de processo disciplinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando há muito trabalho esqueço-me de registar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho receio de um processo judicial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os meus colegas não apoiam o registo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não quero que o caso seja discutido em reunião	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não sei quais os incidentes que têm de ser registados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As circunstâncias ou a evolução do caso frequentemente tomam desnecessário o registo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desde que se aprenda com o incidente, não é necessário registá-lo mais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<https://docs.google.com/forms/d/1KSZlyHwx61TyRvQLDovWlwn98N1Q-Sezhtfng3vSdWc/edit>

12/15

QUESTIONNAIRE

O registo
contribui pouco
para a
qualidade dos
cuidados

Os
profissionais
mais novos são
muitas vezes
culpabilizados
injustamente
pelos eventos
adversos

Receio de
afetar a minha
credibilidade

Receio de
afetar a
credibilidade da
instituição

A aplicação
informática
para
notificação é
complicado,
não é intuitivo

21. Por outro motivo?

Opinião dos Inquiridos

22. 13. Nos últimos 12 meses quantos incidentes experienciou ou teve conhecimento? *

Marcar apenas uma oval.

- Nenhum
 De 1 a 2 incidentes
 De 3 a 5 incidentes
 De 6 a 10 incidentes
 De 11 a 20 incidentes
 Mais de 21 incidentes

Opinião dos Inquiridos

23. 14. Nos últimos 12 meses, quantos registos de incidentes registou no sistema de notificação? *

Marcar apenas uma oval.

- Nenhum
 De 1 a 2 registos
 De 3 a 5 registos
 De 6 a 10 registos
 De 11 a 20 registos
 Mais de 20 registos

Opinião dos Inquiridos

24. 15. Classifique o seu serviço/unidade de trabalho no Hospital, quanto à segurança da criança/jovem/família. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Excelente	Muito Boa	Aceitável	Fraca	Muito Fraca
Classificação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Agradecimento

Grata pela colaboração,

Malvina Calado

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE H - Sessão de sensibilização sobre a Segurança Do Doente Pediátrico no CDC.

SEGURANÇA DO DOENTE

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

Malvina Calado | Aluna MESIP

OBJETIVOS:

- Sensibilizar para a importância da segurança da criança/jovem/família e notificação de incidentes.
- Promover a adesão à notificação de incidentes como promotora de aprendizagens e melhoria da qualidade dos cuidados.

SEGURANÇA DO DOENTE

Tornou-se uma prioridade a partir da publicação "*To Err Is Human: Building A Safer Health System*", [*Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro*], 2000

- Revelou ao mundo as fragilidades dos sistemas de saúde em provocar o erro humano,
- Divulgou que um elevado número de mortes ocorriam derivado dos erros no sistema de saúde.
- Mencionou a importância da notificação voluntária de incidentes de segurança do doente, como forma de aprendizagem e de promoção de sistemas de cuidados de saúde mais robustos.

OMS, 2004

- Alertou as instituições para a importância do desenvolvimento de sistemas de relato de incidente.
- Finalidade de partilhar e aprender com os erros, e definir soluções globais para a sua prevenção.
- **Pontos importantes para a mudança e aceitação da existência do erro associado a cuidados de saúde**

SEGURANÇA DO DOENTE

- Chave da qualidade dos cuidados.
- "o foco é a redução do risco de danos desnecessários, relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável" (DGS, 2011)



A redução de riscos desnecessários só é possível se detetarmos atempadamente os riscos e se os conhecermos efetivamente

SEGURANÇA DO DOENTE

Uma estrutura de atividades organizadas que geram culturas, processos e procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde que, de forma consistente e sustentável, diminuem os riscos, reduzem a ocorrência de danos evitáveis, diminuem a probabilidade de erro e reduzem o seu impacto quando o erro ocorre.

(WHO, 2020)

SEGURANÇA DO DOENTE

- LITERACIA PARA A SAÚDE E A CAPACITAÇÃO DOS CIDADÃOS
 - Capacitar as pessoas para aumentar o seu controlo sobre e como melhorar a sua saúde e bem estar
 - Garantir ambientes mais saudáveis e sustentáveis
- COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
 - Formação – questões da segurança do doente
 - Planos de estudos de acessos às profissões – uso da tecnologia como suporte à decisão terapêutica
- INVESTIGAÇÃO
 - Procura de evidência, análise das práticas
- ENVOLVIMENTO DO DOENTE
 - O doente na assunção do seu papel central
 - Um plano individual,
 - Qualidade na comunicação
- CUIDADO INTERPROFISSIONAL
 - Conceptualização das práticas sobre a segurança do doente
 - Análise de ambientes seguros

(WHO, 2020)

LACUNAS NA SEGURANÇA DO DOENTE

- Efeito direto na qualidade dos cuidados prestados.
- Perda de confiança por parte dos utentes nas organizações de saúde e nos seus profissionais.
- Desgaste nas relações entre os profissional de saúde e o utente.
- Aumento dos custos sociais e económicos.
- Redução da possibilidade das instituições de alcançarem os resultados esperados/desejados.

(Mendes & Barros, 2014)

SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

A notificação de incidentes é uma das estratégias apontadas pela OMS para a "segurança do doente".

A OMS e a Comissão Europeia recomendam aos estados membros o desenvolvimento de Sistemas De Notificação De Incidentes De Segurança Do Doente, que **promovam a aprendizagem com o erro** e a consequente **implementação de ações de melhoria**, numa **cultura não punitiva**, de melhoria contínua e de proteção do notificador.

(Despacho n.º 9390/2021)

SISTEMA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

notific@

DESDE 2012 - SNNIEA

REFORMULADO 2014 - *notific@*

OBJETIVOS:

- Aumentar a segurança do doente através da aprendizagem contínua
- Facilitar a notificação de incidentes de segurança para profissionais de saúde e cidadãos (DGS, 2014)

PRINCÍPIOS:

- Aprendizagem com o erro/ falhas do sistema de saúde
- Implementação de ações de melhoria (disseminar informação, criar recomendações de mudanças e propor soluções)
- Cultura não punitiva de melhoria contínua e de proteção do notificador. (Despacho n.º 9290/2021)

SISTEMA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

Gratuito

Voluntário

Anónimo

Não
punitivo

Confidencial

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DO DOENTE 2021-2026

PILAR 4 - PREVENÇÃO E GESTÃO DE INCIDENTES DE SEGURANÇA DO DOENTE

✓ Aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no sistema **notific@**.

- incentivar a notificação de incidentes de segurança do doente, no sistema notifica, de farmacovigilância e hemovigilância, recorrendo a ações de formação e disponibilização de instrumentos facilitadores;
- integrar a notificação de incidentes de segurança do doente nas metas de contratualização das instituições de saúde;
- publicar, divulgar e implementar o enquadramento legal para a confidencialidade e proteção do notificador.

(Despacho n.º 9390/2021)

PONTOS FRACOS DOS SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

Subnotificação é a norma (7-15%);

- Cultura predominante de dúvida, se os incidentes são considerados como uma oportunidade de aprendizagem ou uma base para reforçar a responsabilização individual e a atribuição de culpa;
- Perceções da equipe sobre a diferença que suas notificações farão;
- Facilidade de transmissão das informações que devem prestar.

Volume de relatos de incidentes muito alto especialmente se a equipa estiver totalmente comprometida com a notificação de incidentes.

- Pode comprometer a análise necessária por falta de tempo, de recursos.

Atividade dentro dos sistemas de notificação que muitas vezes consiste em coletar, armazenar e analisar os dados, em detrimento de seu uso para melhoria.

(WHO, 2020)

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

- O relato de incidentes é a evidência documentada de um incidente.
- No qual é descrito o que aconteceu ou o que foi detetado e que possa constituir um risco e contribuir para um incidente de segurança do doente.
- O relato de um incidente que envolva um erro individual ou sequência de erros de uma equipa, é um **ato de coragem** e mas também é um **dever moral, ético e deontológico**.

(Barrasa et al, 2021)

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

A Qualidade da Notificação é essencial para uma investigação completa e com resultados.

O relato da notificação deve conter:

- Origem do incidente,
- Pessoas envolvidas,
- Fase de prestação de cuidados
- Local em que ocorreu,
- características do incidente,
- Fatores contribuintes e atenuantes do dano.

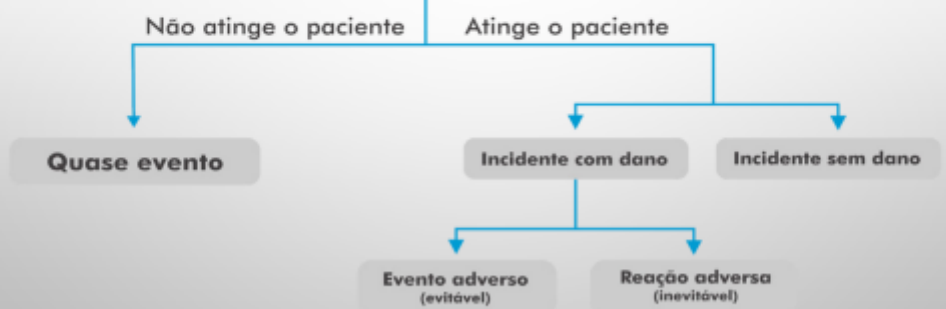
(WHQ, 2020)

RESPOSTA A UMA NOTIFICAÇÃO



CLASSIFICAÇÃO DE INCIDENTES

Incidente de segurança do paciente

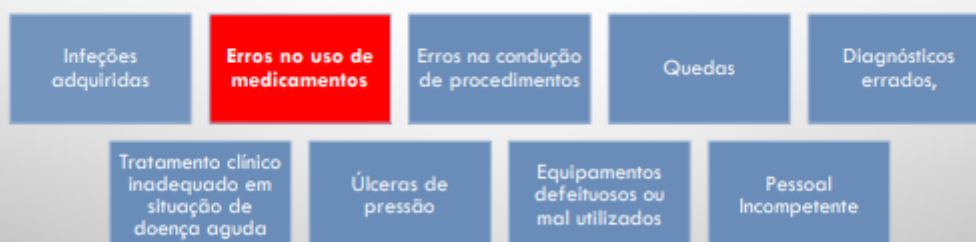


CLASSIFICAÇÃO DOS INCIDENTES

Termo	Definição	Exemplos
Ocorrência comunicável	É uma situação com potencial significado para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente.	O enfermeiro ao realizar a verificação diária do funcionamento de um desfibrilhador, deteta que este não tem a bateria carregada e se fosse necessário utilizar o mesmo numa emergência este não iria funcionar.
Quase evento (near miss)	É um incidente que não alcançou o doente.	O doente vai ser intervenido a uma cirurgia no joelho direito e o enfermeiro na admissão no bloco quando aplica a lista de segurança cirúrgica verifica que o cirurgião marcou o joelho esquerdo.
Evento sem dano	É um incidente em que um evento chegou ao doente, mas não resultou em danos discerníveis.	O enfermeiro coloca a componente de sangue em curso no doente e quando realiza registo no processo verifica que não estava prescrita para este doente, mas o doente é do mesmo grupo sanguíneo pelo que não provocou qualquer tipo de reação transfusional.
Incidente com dano (evento adverso)	É um incidente que resulta em dano para o doente.	Um doente sofre uma queda, bateu com a cabeça, aparentemente sem consequências e passadas algumas horas apresenta deterioração do seu estado, realiza uma TC CE e apresenta um hematoma subdural extenso e irreversível, culminando na sua morte.

[Barroso et al., 2021 adaptado de DGS, 2011]

INCIDENTES NOTIFICADOS:



(WHO, 2020)

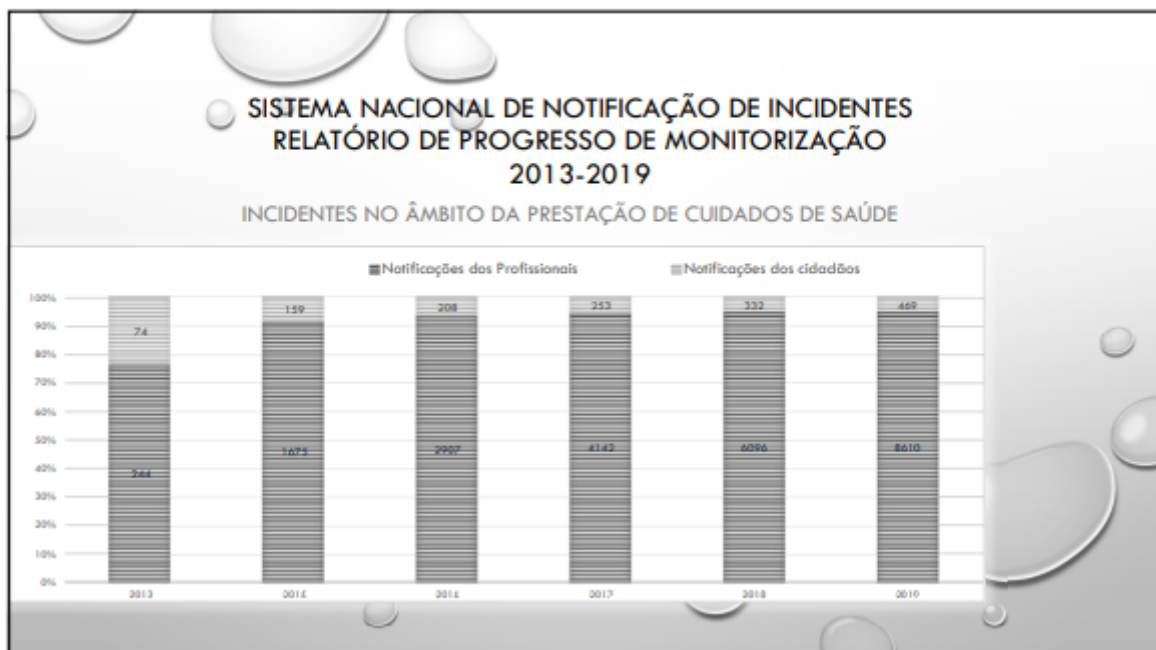


NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

FALHAS NA COMUNICAÇÃO

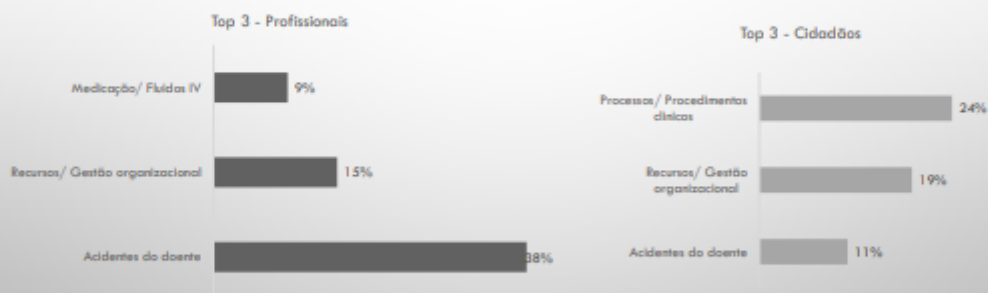
- É a principal causa de incidentes na saúde.
- A evidência indica que até 70% dos incidentes, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente.

(DGS, 2017)



SISTEMA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES
RELATÓRIO DE PROGRESSO DE MONITORIZAÇÃO
2013-2019

INCIDENTES NO ÂMBITO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

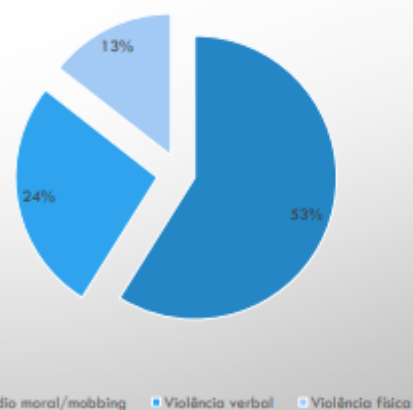


SISTEMA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES
RELATÓRIO DE PROGRESSO DE MONITORIZAÇÃO
2013-2019

INCIDENTES DE VIOLÊNCIA CONTRA PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO LOCAL DE TRABALHO

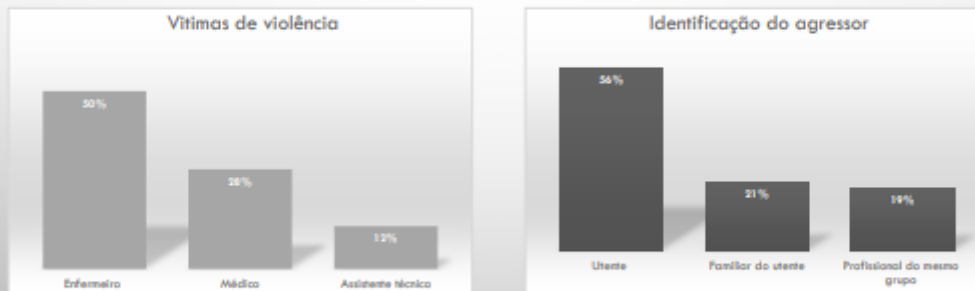
5611 NOTIFICAÇÕES

Tipo de violência sobre os profissionais
TOP - 3



SISTEMA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES
RELATÓRIO DE PROGRESSO DE MONITORIZAÇÃO
2013-2019

Incidentes de violência contra profissionais de saúde no local de trabalho
5611 notificações



CUIDADOS DE SAÚDE PEDIÁTRICOS

NOTIFICAÇÃO INCIDENTES

- OS DADOS SÃO ESCASSOS.
- Nos EUA, a incidência dos incidentes em contexto pediátrico é de 9%, sendo que destes 5% ocorrem em unidades de cuidados emergentes.
- PORTUGAL, estima-se que as unidades hospitalares nacionais apresentem nível de fiabilidade similar aos dos outros países.
- Canadá- Hospital Universitário (2008- 2009), incidência dos incidentes 9,2% na criança, quando comparada com o adulto 7,2%.

CUIDADOS DE SAÚDE PEDIÁTRICOS NOTIFICAÇÃO INCIDENTES

As crianças encontram-se mais vulneráveis à ocorrência de incidentes decorrentes da prestação de cuidados, devido a:

- Fatores intrínsecos relacionados com o seu desenvolvimento e crescimento.
- Fatores extrínsecos, nomeadamente, indústria farmacêutica e a falta de políticas de saúde.

Quando ocorrem, o seu efeito nocivo tende a ser maior comparativamente ao efeito nocivo no adulto.

As crianças que sofreram um incidente tiveram maior tempo de internamento, maior taxa de mortalidade e carretaram um maior encargo institucional.

CUIDADOS DE SAÚDE PEDIÁTRICOS NOTIFICAÇÃO INCIDENTES

- Ocorrência de erro é mais elevada na criança com idade inferior a 12 meses e no prematuro;
- Erros mais notificados estão relacionados com a medicação (Prescrição, preparação e administração de medicamentos)

(Mueller et al., 2019; Ramero et al., 2020)

Fatores de risco:

- ✓ Complexidade do doente
- ✓ Complexidade da tarefa
- ✓ Performance humana, da equipa e da organização
- ✓ Acaso

(Fragata, 2009)

CUIDADOS DE SAÚDE PEDIÁTRICOS

- AS CRIANÇAS ENCONTRAM-SE SEMPRE ASSOCIADAS A UMA FAMÍLIA/CUIDADOR.
- ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA É FUNDAMENTAL
 - Cuidados Centrados Na Família e Cuidados Não Traumáticos
 - Vulnerabilidade da criança/ jovem à ocorrência de incidentes
- RECONHECIMENTO DA IMPORTÂNCIA DO PAPEL DOS PAIS/FAMÍLIA NA DETECÇÃO E PREVENÇÃO DE INCIDENTES.
 - Conhecem a situação clínica
 - Detetam falhas de comunicação (Ex: erros na transmissão de informação durante as passagens de turno)

CUIDADOS DE SAÚDE PEDIÁTRICOS

Os PAIS tem um papel fundamental:

- PREVENÇÃO DE INCIDENTES
- PROMOÇÃO DA SEGURANÇA

PARCEIROS NA PREVENÇÃO DE INCIDENTES

- informados sobre os planos de cuidados e atualizações
- encorajados a participar e a manifestar-se
- instruídos como notificar possíveis incidentes

CONFIANÇA

- fator chave para o sucesso entre pais/ cuidadores e os profissionais de saúde

CUIDADOS DE SAÚDE PEDIÁTRICOS

NOTIFICAÇÃO INCIDENTES

- Se existir **relação de confiança** na equipa multidisciplinar, os pais sentem-se confortáveis para partilhar
 - preocupações, dúvidas e opiniões sobre os cuidados a prestar ao seu filho
 - Identificação de um erro que possa ter ocorrido
- Se existir **relação de confiança** na família/pais, a equipa deve sentir-se mais confortável para partilhar com os pais qualquer incidente que possa ter sucedido.

CUIDADOS DE SAÚDE PEDIÁTRICOS

NOTIFICAÇÃO INCIDENTES

A evidência mostra que os pais:

- Preferem ser informados de todos os erros relacionados com os seus filhos, incluindo os que não provocaram dano.
- Esperam da equipa cuidadora dos seus filhos:
 - Presença
 - Transparência
 - Responsabilização
 - Honestidade
 - Apoio
- A maioria não deseja realizar processos judiciais, essencialmente se estes valores forem respeitados.

CUIDADOS DE SAÚDE PEDIÁTRICOS NOTIFICAÇÃO INCIDENTES

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES – PAIS			
Caraterísticas da criança/ família	Incidente e Classificação do Incidente		Falhas apontadas
Criança portadora de doença crónica (doença metabólica)	Erro no diagnóstico	Incidente com dano	Comunicação equipa – equipa (passagem de turno) equipa - família (elevado nº de vezes que solicitam o profissional)
Internamento prolongado	Procedimentos	Incidente com dano	
	Erros com medicação	Quase-evento	

(Khan et al., 2017)

CONCLUSÃO

- A divulgação, a consciencialização, a **formação** e o incentivo à notificação do incidente é prioritário, de forma a otimizar a aprendizagem através da identificação e análise da ocorrência, promovendo desta forma a melhoria contínua dos cuidados de saúde.
- Apesar do esforço significativo nas últimas duas décadas, os danos evitáveis e as lacunas na qualidade do cuidado continuam a afetar as crianças que recebem cuidados de saúde.
- Quanto maior for o número de incidentes notificados, mais informação será disponibilizada acerca dos erros e consequentemente, mais ações podem ser tomadas no sentido de aumentar a segurança e qualidade dos cuidados de saúde, essencialmente no contexto pediátrico.
- A Cultura de Segurança, transparência e notificação de incidentes parece ser a base para a promoção da segurança e prevenção de incidentes na área de cuidados de saúde pediátricos.

APÊNDICE I - Sessão de formação/ sensibilização sobre a segurança do doente pediátrico na UCIN.

CUIDADOS DE SAÚDE PEDIÁTRICOS SEGURANÇA DO DOENTE PEDIÁTRICO

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

Malvina Calado | Aluna MESIP

OBJETIVOS:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da segurança do Recém-nascido (RN)
- Promover a adesão à notificação de incidentes como promotora de aprendizagens e melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.
- Aumentar número de incidentes notificados.

SEGURANÇA DO DOENTE

Tornou-se uma prioridade a partir da publicação "*To Err Is Human: Building A Safer Health System*", [*Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro*], 1999.

- Divulgou que um elevado número de mortes ocorriam derivado dos erros no sistema de saúde.
- Mencionou a importância da notificação voluntária de incidentes de segurança do doente, como forma de aprendizagem e promoção de sistemas de saúde mais robustos.

OMS, 2004

- Alertou as instituições para a importância do desenvolvimento de sistemas de notificação de incidente.
- Finalidade de partilhar e aprender com os erros e definir soluções globais para prevenção de incidentes.

SEGURANÇA DO DOENTE

20 anos após o relatório "Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro" do Institute of Medicine:

- Muitas políticas e ações foram adaptadas e direcionadas para a segurança do doente, com o objetivo de reduzir a ocorrência de incidentes no sistema de saúde.
- A **frequência de incidentes** nas instituições de saúde **não reduziu**.
- Os **danos evitáveis** e as lacunas na qualidade dos cuidados continuam a **afetar muitas crianças**.

(Pierro et al., 2022)

SEGURANÇA DO DOENTE

Chave da qualidade dos cuidados de saúde.

É a redução do risco de danos desnecessários, relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.

(DGS, 2011)

“Uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos e procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados da saúde que, de forma consistente e sustentável, diminua riscos, reduza a ocorrência de danos evitáveis, diminua a probabilidade de erro e reduza o seu impacto quando o erro ocorrer.”

(WHO, 2020)

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

A notificação de incidentes é uma das estratégias apontadas pela OMS para a “Segurança Do Doente”.

- A **notificação de incidentes** é considerada uma das ferramentas mais eficazes na identificação dos riscos, perigos e vulnerabilidades das instituições de saúde e permite a partilha de aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria. (Decreto-Lei nº 28/2015 de Fevereiro, Ministério da Saúde)
- Os **incidentes de segurança** são ocorrências que poderiam resultar ou resultaram em dano desnecessário para o doente. (WHO, 2020)
- O **relato do incidente** é a evidência documentada do mesmo.
- O **relato de um incidente** que envolve um erro individual ou sequência de erros de uma equipa, é um **ato de coragem** e mas também é um **dever moral, ético e deontológico**. (Barroso et al, 2021)

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

A notificação de incidentes é uma das estratégias apontadas pela OMS para a “Segurança Do Doente”.

SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

- Pilar importante na vertente da gestão do risco.
- Visam a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados.

Objetivos:

- Identificar áreas de melhoria no âmbito da qualidade e segurança dos cuidados de saúde.
- Identificar incidentes de segurança do doente.
- Permitir a aprendizagem através da análise dos incidentes.
- Introduzir medidas de melhoria no sentido de evitar a repetição dos mesmos incidentes.

PONTOS FRACOS DOS SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

Subnotificação é a norma (7-15%).

- Cultura predominante de dúvida: se os incidentes são considerados como uma oportunidade de aprendizagem ou uma base para reforçar a responsabilização individual e a atribuição de culpa;
- Perceções da equipe sobre o impacto das suas notificações na melhoria da segurança do doente;
- Facilidade de transmissão da informação.

Volume de relatos de incidentes muito elevado, especialmente se a equipa estiver totalmente comprometida com a notificação de incidentes.

- Pode comprometer a análise necessária por falta de tempo e de recursos.

Atividade dentro dos sistemas de notificação, que muitas vezes consiste apenas em coletar, armazenar e analisar os dados, em detrimento de seu uso para melhoria.

(WHO, 2020)

**SISTEMA
NACIONAL DE
NOTIFICAÇÃO
DE
INCIDENTES**
notific@

DESDE 2012 – Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA)

REFORMULADO 2014 – *notific@*

OBJETIVOS:

- Aumentar a segurança do doente através da aprendizagem contínua.
- Facilitar a notificação de incidentes de segurança para profissionais de saúde e cidadãos.

(DGS, 2014)

PRINCÍPIOS:

- Aprendizagem com o erro/ falhas do sistema de saúde.
- Implementação de ações de melhoria (disseminar informação, criar recomendações de mudanças e propor soluções).
- Cultura não punitiva de melhoria contínua e de proteção de quem notifica.

(Despacho n.º 9390/2021)

SISTEMA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES
notific@

Gratuito

Voluntário

Anónimo

Não
punitivo

Confidencial

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DO DOENTE 2021-2026

PILAR 4 - PREVENÇÃO E GESTÃO DE INCIDENTES DE SEGURANÇA DO DOENTE

✓ Aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no sistema notific@.

- incentivar a notificação de incidentes de segurança do doente, no sistema notifica, de farmacovigilância e hemovigilância, recorrendo a ações de formação e disponibilização de instrumentos facilitadores;
- integrar a notificação de incidentes de segurança do doente nas metas de contratualização das instituições de saúde;
- publicar, divulgar e implementar o enquadramento legal para a confidencialidade e proteção do notificador.

(Despacho n.º 9390/2021)

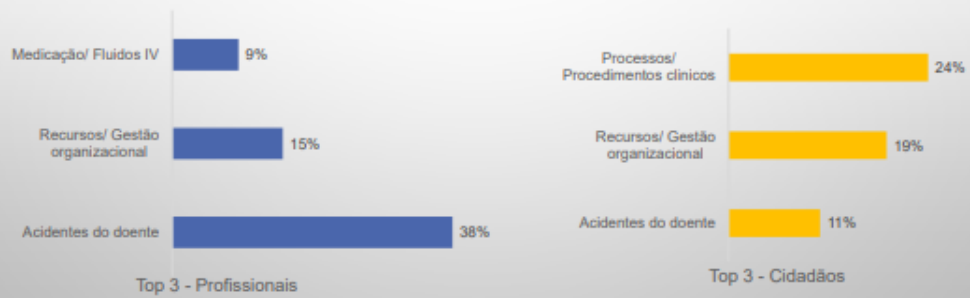
NOTIFIC@ - SISTEMA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES RELATÓRIO DE PROGRESSO DE MONITORIZAÇÃO 2013-2019

INCIDENTES NO ÂMBITO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE



**NOTIFIC@ - SISTEMA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES
RELATÓRIO DE PROGRESSO DE MONITORIZAÇÃO
2013-2019**

INCIDENTES NO ÂMBITO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE



NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

FALHAS NA COMUNICAÇÃO

- São a principal causa de incidentes na saúde.
- A evidência indica que 70% dos incidentes, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente.

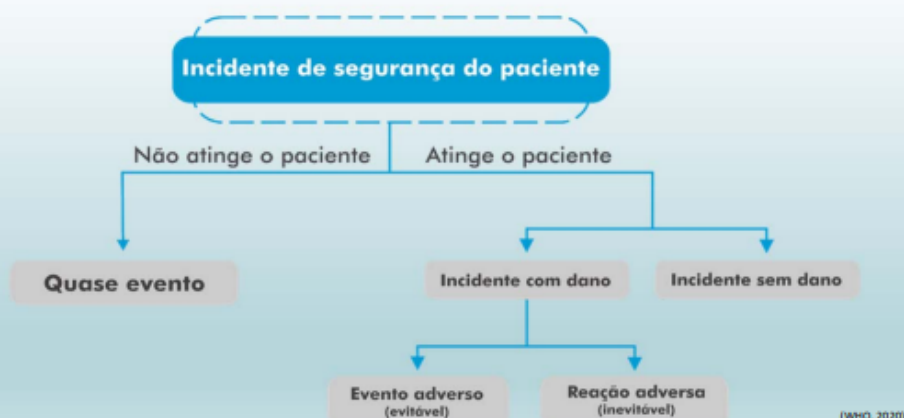
(DGS, 2017, WHO, 2020)

CLASSIFICAÇÃO DOS INCIDENTES

Termo	Definição	Exemplos
Ocorrência comunicável	É uma situação com potencial significado para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente.	O enfermeiro ao realizar a verificação diária do funcionamento de um desfibrilhador, deteta que este não tem a bateria carregada e se fosse necessário utilizar o mesmo numa emergência este não iria funcionar.
Quase evento (near miss)	É um incidente que não alcançou o doente.	O doente vai ser intervenido a uma cirurgia no joelho direito e o enfermeiro na admissão no bloco quando aplica a lista de segurança cirúrgica verifica que o cirurgião marcou o joelho esquerdo.
Evento sem dano	É um incidente em que um evento chegou ao doente, mas não resultou em danos discerníveis.	O enfermeiro coloca a componente de sangue em curso no doente e quando realiza registo no processo verifica que não estava prescrita para este doente, no entanto os doentes são do mesmo grupo sanguíneo pelo que não provocou qualquer tipo de reação transfusional.
Incidente com dano (evento adverso)	É um incidente que resulta em dano para o doente.	Um doente sofre uma queda, bateu com a cabeça, aparentemente sem consequências e passadas algumas horas apresenta deterioração do seu estado, realiza uma TC CE e apresenta um hematoma subdural extenso e irreversível, culminando na sua morte.

[Barroso et al., 2021 adaptado de DGS, 2011]

CLASSIFICAÇÃO DE INCIDENTES



(WHO, 2020)

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

Descrição do incidente

Classificação do incidente de acordo com a sua natureza

Gravidade do dano

Fatores contribuintes

Descrição das intervenções dos profissional /equipa de saúde perante o incidente

Descrição da conduta adotada para a redução dos danos associados

(Barros et al., 2021)

CUIDADOS DE SAÚDE PEDIÁTRICOS/NEONATAIS

NOTIFICAÇÃO INCIDENTES

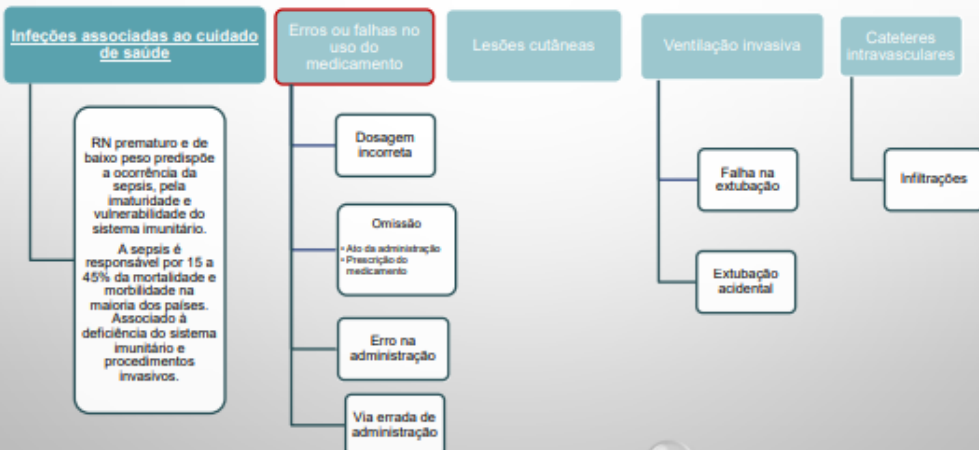
- Os dados são escassos.
- Nos EUA, a incidência dos incidentes em contexto pediátrico é de 9%, sendo que destes 5% ocorrem em unidades de cuidados emergentes.
- Canadá- Hospital Universitário (2008- 2009), incidência dos incidentes 9,2% na criança, quando comparada com o adulto 7,2%.
- Portugal, estima-se que nas unidades hospitalares apresentem nível de fiabilidade similar aos dos outros países.
- Portugal, estudo realizado aos enfermeiros na área pediátrica, apenas 4,4% dos enfermeiros referem ter notificado algum incidente.

NEONATOLOGIA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

- Os dados sobre os incidentes em Unidades de Neonatologia são **escassos**;
- Ocorrência de erro é mais elevada na criança com idade inferior a 12 meses e no **prematuro**;
- 10% dos RN sofre pelo menos um incidente durante a internamento na unidade de cuidados neonatais;
- **Erros de medicação** são os mais notificados;
- A maioria dos incidentes identificados foram considerados **evitáveis**;
- Características do RN associadas à maior prevalência de incidente:
 - Baixo peso ao nascer
 - Prematuridade
 - Tempo prolongado de internamento

[Chan et al., 2017; Mueller et al., 2019; Ramona et al., 2020]

Incidentes – Unidades de Cuidados Neonatais



[Lanzillotti et al., 2015]

Incidentes – Unidades de Cuidados Neonatais

Erros ou falhas no uso do medicamento → maior frequência

Infeções associadas ao cuidado de saúde → causa maior dano ao RN

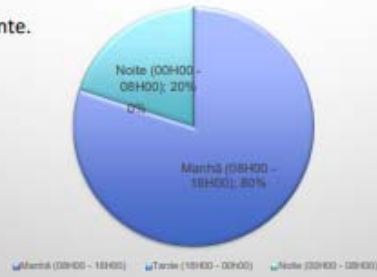
(Lanzillotti et al. 2015)

Notificação de Incidentes/ Serviço de Neonatologia (2015-2021) 6 notificações



Notificação de Incidentes / Serviço de Neonatologia (2015-2021)

Quando ocorreu o incidente.



Notificação de Incidentes / Serviço de Neonatologia (2015-2021)

Quem notifica



Notificação de Incidentes / Serviço de Neonatologia (2015-2021)



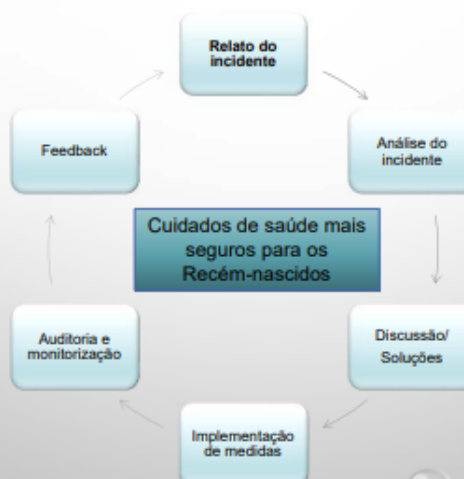
Sugestões

- Implementação de um formulário de notificação de incidentes interno na Unidade de Neonatologia.
- No qual se pretende que os profissionais de saúde partilhem qualquer tipo de incidente identificado durante a prestação de cuidados.
- A informação recolhida pode proporcionar momentos de discussão e reflexão em equipa, permitindo a identificação de fragilidades no cuidado ao Recém-nascido e no funcionamento do serviço, assim como a procura de estratégias para minimizar ou eliminar o risco associado.

O que se pretende:

- Envolver todos os profissionais de saúde;
- Aumentar o numero de incidentes notificados;
- Identificar alterações e melhorias que precisam de ser implementadas;
- Implementar soluções simples;
- Desenhar estratégias que previnam as falhas;
- Aprender através de situações identificadas

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES



Conclusão

- O conhecimento acerca dos incidentes constitui uma ferramenta importante na revisão do processo de cuidar e no apoio no planeamento de ações de melhoria dos cuidados.
- A notificação voluntária de incidentes é fundamental para os gestores e profissionais de saúde no contexto da qualidade dos cuidados e da segurança do doente, permitindo identificar áreas que precisam de maior atenção.
- A qualidade e transparência do relato do incidente é essencial para uma investigação completa e com resultados.
- A formação contínua dos profissionais de saúde e o desenvolvimento de práticas direcionadas a todo o sistema são ações necessárias para a prevenção de incidentes.
- Um conhecimento mais aprofundado da incidência e das características dos incidentes, além de permitir a monitorização contínua da ocorrência desses incidentes, contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde neonatais.

Muito Obrigado

APÊNDICE J - Formulário de relato de Incidentes

Comunicação de Ocorrências

Este formulário destina-se aos profissionais da equipa multidisciplinar da UCIN do [REDACTED] e pretende ser um instrumento facilitador da partilha e comunicação de qualquer incidente de segurança que ocorra durante a prestação de cuidados, do qual poderia resultar ou resultou em dano desnecessário para o Recém-nascido/ família.

A informação recolhida pode proporcionar momentos de discussão e reflexão em equipa, permitindo a identificação de fragilidades no cuidado ao Recém-nascido e no funcionamento do serviço, assim como a procura de estratégias para minimizar ou eliminar o risco associado, através da implementação de medidas preventivas e/ou corretivas.

***Obrigatório**

Comunicação de Ocorrências

1. UCIN *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019, às 11:03

2. Quando teve conhecimento da ocorrência do incidente: *

Marcar apenas uma oval.

- No próprio dia
- 24 horas depois
- 1 semana depois
- Desconhecido

3. Quem notifica: *

Marcar apenas uma oval.

- Enfermeiro
- Médico
- Assistente Operacional
- Outro

Informação sobre o incidente:

4. Período do dia em que ocorreu o incidente: *

Marcar apenas uma oval.

- 0h - 8h 30min
 8h - 16h 30min
 16h - 0h 30min

5. Local: *

Marcar apenas uma oval.

- Cuidados Intensivos
 Cuidados Intermédios
 Bloco de partos
 Enfermaria/maternidade
 Outro

6. Quem sofreu o incidente?

Marcar apenas uma oval.

- Recém-nascido *Avançar para a pergunta 7*
 Pais/ Família *Avançar para a pergunta 37*
 Profissional de saúde *Avançar para a pergunta 10*

Identificação
do RN

Esta seção pretende abranger todas as questões que se relacionam com a segurança de todos os intervenientes (RN, pais/família e profissionais da equipa multidisciplinar) durante todo o processo de internamento. A Segurança é uma área abrangente e que merece toda a nossa atenção pelo que se pretende que aqui sejam descritas todas as situações passíveis de pôr em causa quer a segurança do RN/pais quer a segurança dos nossos cuidados. Cabe nesta seção tudo o que envolva a nossa ação direta ou indireta, assim como manuseamento de equipamentos e medicação

7. Idade Gestacional

8. Idade:

9. Género:

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

Avançar para a pergunta 11

10. Profissional de Saúde:

Marcar apenas uma oval.

Enfermeiro

Médico

Assistente Operacional

Outro

Tipo de Incidente

11. Tipo de Incidente *

Marcar apenas uma oval.

- Uso Seguro do Medicamento *Avançar para a pergunta 12*
- Sangue/ Hemoderivados *Avançar para a pergunta 15*
- Vias aéreas e Ventilação *Avançar para a pergunta 16*
- Alimentação *Avançar para a pergunta 19*
- Infecção associada aos cuidados de saúde *Avançar para a pergunta 23*
- Processo administrativo *Avançar para a pergunta 24*
- Identificação do Recém-nascido *Avançar para a pergunta 25*
- Técnicas e Procedimentos *Avançar para a pergunta 26*
- Quedas *Avançar para a pergunta 27*
- Exames complementares de diagnóstico e laboratoriais
Avançar para a pergunta 28
- Úlceras de Pressão *Avançar para a pergunta 29*
- Recursos/Gestão organizacional *Avançar para a pergunta 31*
- Relações Interpessoais *Avançar para a pergunta 33*
- Transferências *Avançar para a pergunta 34*

Uso Seguro do Medicamento

12. Circuito do medicamento:

Marcar apenas uma oval.

- Prescrição de medicação *Avançar para a pergunta 13*
- Administração de medicação *Avançar para a pergunta 14*
- Fornecimento/Armazenamento do medicamento
Avançar para a pergunta 37

Uso Seguro do Medicamento

13. Prescrição de medicação

Marcar apenas uma oval.

- Via de administração *Avançar para a pergunta 37*
- Dosagem *Avançar para a pergunta 37*
- Transcrição *Avançar para a pergunta 37*
- Outro *Avançar para a pergunta 37*

Uso Seguro do Medicamento

14. Administração de medicação

Marcar apenas uma oval.

- Reconstituição/ diluição *Avançar para a pergunta 37*
- Via de administração *Avançar para a pergunta 37*
- Dosagem *Avançar para a pergunta 37*
- Programação da bomba/ seringa de infusão *Avançar para a pergunta 37*
- Rotulagem
- Recém-nascido errado *Avançar para a pergunta 37*
- Outro *Avançar para a pergunta 37*

Sangue/ hemoderivados

15. Sangue/ hemoderivados

Marcar apenas uma oval.

- Transporte *Avançar para a pergunta 37*
- Armazenamento *Avançar para a pergunta 37*
- Compatibilidade *Avançar para a pergunta 37*
- Identificação do Recém-nascido *Avançar para a pergunta 37*
- Outro *Avançar para a pergunta 37*

Vias aéreas e Ventilação

16. Vias aéreas e Ventilação

Marcar apenas uma oval.

- Manuseamento da via aérea *Avançar para a pergunta 17*
- Programação dos parâmetros ventilatórios *Avançar para a pergunta 37*
- Montagem e teste do equipamento *Avançar para a pergunta 37*
- Acondicionamento do equipamento *Avançar para a pergunta 37*
- Outro *Avançar para a pergunta 37*

Vias aéreas e Ventilação

17. Manuseamento da via aérea:

Marcar apenas uma oval.

- Extubação acidental *Avançar para a pergunta 37*
- Pneumotorax
- Obstrução do tubo endotraqueal *Avançar para a pergunta 37*
- Aspiração de secreções *Avançar para a pergunta 37*
- Lesões cutâneas *Avançar para a pergunta 18*

Secção sem título

18. Causa da lesão

Marcar apenas uma oval.

- Adesivo do TET
- Máscara/Prongs CPAP
- Outra

Alimentação

19. Alimentação Entérica

Marcar apenas uma oval.

- Leite materno *Avançar para a pergunta 21*
 Leite de fórmula *Avançar para a pergunta 22*

20. Alimentação Parentérica

Marcar apenas uma oval.

- Armazenamento *Avançar para a pergunta 37*
 Preparação *Avançar para a pergunta 37*
 Outro *Avançar para a pergunta 37*

Alimentação

21. Leite materno

Marcar apenas uma oval.

- Identificação
 Extração e/ou Armazenamento
 Preparação
 Outro

Alimentação

22. Leite Formula

Marcar apenas uma oval.

- Identificação *Avançar para a pergunta 37*
- Armazenamento *Avançar para a pergunta 37*
- Validade *Avançar para a pergunta 37*
- Preparação *Avançar para a pergunta 37*
- Outro *Avançar para a pergunta 37*

Infeção associada aos cuidados de saúde

23. *Marcar apenas uma oval.*

- Higienização ineficaz das mãos
- Utilização incorreta de equipamento individual de proteção
- Utilização incorreta de antissépticos
- Falta de equipamento e material
- Descontaminação do equipamento clínico
- Limpeza e descontaminação do ambiente
- Medidas de Isolamento

Processo administrativo

24. Processo administrativo

Marcar apenas uma oval.

- Identificação do Recém-nascido *Avançar para a pergunta 25*
- Processo incompleto *Avançar para a pergunta 37*
- Atraso no processo
- Outro *Avançar para a pergunta 37*

Identificação do Recém-nascido

25. Identificação do Recém-nascido

Marcar apenas uma oval.

- Omissão de pulseira *Avançar para a pergunta 37*
- Pulseira danificada *Avançar para a pergunta 37*
- Troca de pulseira *Avançar para a pergunta 37*
- Atraso no processo de identificação
- Outra

Técnicas e Procedimentos

26. Técnicas e Procedimentos

Marcar apenas uma oval.

- Colocação/ manutenção de cateteres centrais
- Punção/ manutenção de venosos periféricos
- Colocação/ manuseamento de drenagem torácica
- Drenagem vesical

Quedas

27.

Marcar apenas uma oval.

- Incubadora
- Colo da mãe/pai
- Colo de enfermeiro/médico
- Bancada
- Outro

Exames complementares de diagnóstico e laboratoriais

28. Exames complementares de diagnóstico e laboratoriais

Marcar apenas uma oval.

- Preparação para exames
- Tempo de resposta
- Resultados
- Colheita
- Recém-nascido nascido errado
- Rotulagem errada
- Outra: _____

Úlceras de Pressão

29.

Marcar apenas uma oval.

- UP associada a dispositivos médicos (TET)
- UP por pressão

30.

Marcar apenas uma oval.

- Tipo de dispositivo /caraterísticas
- Imaturidade
- Nutrição
- Tempo prolongado de utilização dispositivo
- Imobilização

Recursos/Gestão organizacional

31. *Marcar apenas uma oval.*

- Escassez Recursos Humanos
- Ausência de materiais e/ou equipamentos
- Formação/informação acerca do equipamento/material
- Ambiente envolvente *Avançar para a pergunta 32*

Secção sem título

32. Ambiente envolvente

Marcar apenas uma oval.

- Conforto/ controlo da dor
- Temperatura
- Luminosidade
- Ruído
- Outra: _____

Relações interpessoais

33. Comunicação

Marcar apenas uma oval.

- Pediatra – Enfermeiro
- Enfermeiro – Enfermeiro
- Família – Profissional de saúde
- Outros profissionais de saúde

Transferências

34. Transferências

Marcar apenas uma oval.

- Intra-hospitalar *Avançar para a pergunta 35*
 Inter-hospitalar

Transferência Intra/Inter-hospitalar

35. Transferência Intra-hospitalar

Marcar apenas uma oval.

- Desconhecimento
 Falhas na comunicação
 Ausência de processo clínico

36. Transferência Inter-hospitalar

Marcar apenas uma oval.

- Ausência de carta de transferência
 Desconhecimento
 Outro

37. Descrição do acontecimento (de forma clara e concisa)

38. Fatores precipitantes do incidente

39. Fatores mitigantes do incidente (medidas adotadas para minimizar os danos no momento)

Muito obrigado pela sua colaboração!

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE K - Questionário de Satisfação do Utente da Consulta Externa de Pediatria.

Questionário Satisfação ao Utente Pediátrico

A qualidade dos cuidados em saúde tem vindo a captar uma crescente e prioritária atenção dos governantes e dirigentes dos sistemas e instituições de saúde. Na atualidade, tornou-se uma exigência para todos os envolvidos nos cuidados de saúde (Roque et al., 2016). O conceito de qualidade tem evoluído na direção da satisfação do indivíduo e/ou das populações, interligando-se cada vez mais o conceito de qualidade e satisfação do utente. A avaliação da satisfação tornou-se uma importante ferramenta de pesquisa, administração e planeamento, esta compreende abordagem técnica de estrutura, processo e resultados, assim como de serviços prestados, relações interpessoais, atendimento, acessibilidade dos serviços, personalização dos cuidados, acolhimento, acompanhamento e continuidade dos cuidados. A formação profissional, especialmente dos médicos, enfermeiros, administrativos e assistentes operacionais tornou-se uma prioridade. E no futuro da qualidade dos cuidados em saúde passa imprescindivelmente por centrar o sistema de saúde na pessoa, cidadão e profissional, garantindo uma permanente participação, liderança e flexibilidade (DGS, 1997).

A satisfação é uma perceção individual ligada à realização de uma expectativa ou satisfação de uma necessidade, pelo indivíduo ou com intervenção de outros, cuja avaliação se realiza na perspetiva da pessoa (Roque et al., 2016). O sucesso para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde passa por conhecer em que medida os serviços de saúde conseguem ir ao encontro das necessidades e carências dos cidadãos utilizadores. Sendo desta forma indispensável escutar as opiniões dos utentes, sobre em que medida os cuidados dos quais foram alvo contribuíram para melhorar, minimizar ou resolver o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida (Ribeiro, 2005).

A forma como os profissionais de saúde e utentes percecionam os resultados óbitos dos serviços de saúde prestados é diferente, pelo que a o contributo do utente na qualidade dos serviços prestados é essencial. O envolvimento e participação ativa do utente permite a partilha das suas experiências negativas e positivas e das suas necessidades e expectativas, contribuindo para um sistema de resposta que controla, identifica e corrige os défices no sistema de saúde (Roque et al., 2016). Assim, o grau de satisfação dos utentes torna-se essencial para monitorizar a qualidade dos serviços de saúde, para identificar problemas a corrigir, conhecer as expectativas em relação aos cuidados, permitindo a participação do utente na melhoria e reorganização do serviço, baseado na sua perceção e valorização dos serviços prestados.

Uma das áreas de atuação da Direção Geral de Saúde através do Departamento da Qualidade na Saúde é a implementação de sistemas de monitorização periódica do grau de

satisfação dos utilizadores do sistema de saúde (Despacho n.º 14223/2009). Posteriormente, foram definidas competências específicas do Departamento da Qualidade na Saúde, estabelecendo a necessidade de “Gerir os sistemas de monitorização e perceção da qualidade dos serviços pelos utentes (...), e promover a avaliação sistemática da satisfação”, sendo imprescindível aprofundar o conceito de cidadania participativa, no qual o cidadão é incluído nas decisões da sua própria saúde e do funcionamento do sistema de saúde. Pelo que, ouvir o cidadão quanto ao funcionamento do sistema de saúde contribui para o colocar, cada vez mais, no centro do sistema.

A Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde 2015-2020, a monitorização permanente da qualidade e segurança passa por auscultar a opinião do cidadão sobre a qualidade e o sistema de saúde (DGS, 2015). A Ordem dos Enfermeiros, assim como o Colégio da Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, define os padrões de qualidade do exercício profissional através de seis enunciados descritivos: a satisfação dos utentes; a promoção da saúde; a prevenção das complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Com base nos indicadores da *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP), consulta do estudo de satisfação dos utentes do sistema de saúde português, 2015 e do estudo “Versão portuguesa do questionário EUROPEP: contributos para a validação psicométrica”, 2016, pretendeu-se construir uma ferramenta que permita avaliar o grau de satisfação do utente da Consulta de Pediatria do [REDACTED]. O questionário da EUROPEP, tem sido muito utilizado para avaliar a satisfação dos utentes no contexto de cuidados de saúde primários, evidenciado a perspetiva do consumidor final como agente ativo no seu processo terapêutico. Este contempla cinco dimensões: relação médico-paciente; cuidados médicos; informação e apoio; organização dos serviços e acessibilidade (Roque et al., 2016).

A qualidade dos cuidados de saúde prestados são uma preocupação das instituições e dos seus profissionais, sendo a satisfação do utente é um indicador de qualidade dos cuidados de prestados no sistema de saúde e das instituições de saúde. A construção deste questionário de satisfação do utente pretende ser uma ferramenta útil na identificação de problemas possíveis de resolver e conhecer as expectativas do utente face aos cuidados de saúde. Este é composto por 18 questões, 5 questões para a caracterização do utente e 13 questões sobre a opinião do utente nas seguintes dimensões: atendimento, comunicação, consulta e cuidados médicos e de enfermagem, comodidade e características do espaço físico e acessibilidade ao serviço. Por último uma questão aberta onde o utente pode realizar comentários e manifestar sugestões que entender serem pertinentes para melhorar a qualidade dos serviços.

Referencias bibliográficas

Direção-Geral da Saúde, 2015. Estudo De Satisfação Dos Utentes Do Sistema De Saúde Português. Departamento da Qualidade na Saúde <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-de-satisfacao-dos-utentes-do-sistema-de-saude-portugues-2015-pdf.aspx>

Ministério Da Saúde. 2015. Despacho n.º 5613/2015. Diário da República, 2.ª série — N.º 102 — 27 de maio de 2015 <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
<https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-aqualidade-na-saude.aspx>

Roque H, Veloso A, Ferreira PL. 2016. Versão portuguesa do questionário EUROPEP: contributos para a validação psicométrica. Revista Saúde Publica. 2016; 50:61.
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/mMdnknkjK6BMBvngb9gkLPn/?lang=pt&format=pdf>

Ministério da Saúde. 2012. Portaria n.º 159/2012. Diário Da República - 1.ª Serie, Nº 99, de 2012-05-22, Pág. 2672 – 2674. <https://data.dre.pt/eli/port/159/2012/p/cons/20170804/pt/html>
[Ministério da Saúde. 2009.](#)

Despacho n.º 14223/2009. Diário da República n.º 120/2009, Série II de 2009-06-24, páginas 24667 – 24669 <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/14223-2009-3594950>

Questionário de satisfação do utente



A qualidade dos cuidados de saúde prestados são uma preocupação das instituições e dos seus profissionais, sendo a satisfação do utente é um indicador de qualidade dos cuidados de prestados nos serviços de saúde.

A avaliação do grau de satisfação dos nossos utentes e suas sugestões são essenciais para monitorizar a qualidade dos serviços prestados, identificar problemas a corrigir e conhecer as suas expectativas em relação aos cuidados.

E estas podem contribuir para a reorganização do serviço, melhoria e adaptação de medidas alternativas com a finalidade de melhorar o seu atendimento.

O preenchimento deste questionário é facultativo, confidencial e anónimo. Não existem respostas certas ou erradas, apenas pretendemos a sua opinião pessoal e sincera.

5 - Qual a especialidade da consulta:

<input type="checkbox"/>	Pediatria Médica	<input type="checkbox"/>	Cardiologia	<input type="checkbox"/>	Pediátrica
<input type="checkbox"/>	Desenvolvimento	<input type="checkbox"/>	Alergologia	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Endocrinologia/ Diabetes	<input type="checkbox"/>	Psicologia	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Cirurgia Pediátrica	<input type="checkbox"/>	Outra: _____	<input type="checkbox"/>	

6 - Tempo de espera pela consulta após o atendimento pelo administrativo?

<input type="checkbox"/>	Menos de 30min
<input type="checkbox"/>	30min – 1hora
<input type="checkbox"/>	Mais de 1 hora

7- Ficou satisfeito com o tempo despendido?

	Muito	Insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito	Satisfeito	Muito	Insatisfeito	Se aplica
Atendimento administrativo										
Consulta médica										
Consulta de enfermagem										

9 - Foi esclarecido de forma clara e perceptível?

	Muito	Insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito	Satisfeito	Muito	Insatisfeito	Se aplica
Atendimento administrativo										
Consulta médica										
Consulta de enfermagem										

10 - Sentiu-se envolvido nas decisões sobre os cuidados de saúde e os tratamentos?

	Muito	Insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito	Satisfeito	Muito	Insatisfeito	Se aplica
Consulta médica										
Consulta de enfermagem										

Data: ____/____/ 20____

1- Identificação:

<input type="checkbox"/>	Utente
<input type="checkbox"/>	Familiar/ cuidador
<input type="checkbox"/>	Acompanhante

2- Idade: _____ anos

3- É a primeira consulta?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

4 - Proveniência:

<input type="checkbox"/>	Urgência
<input type="checkbox"/>	Unidade de Saúde Familiar
<input type="checkbox"/>	Internamento
<input type="checkbox"/>	Outro

11- Foi esclarecido sobre os tratamentos, procedimentos e medicação?

	Muito	Insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito	Satisfeito	Muito	Insatisfeito	Se aplica
Consulta médica										
Consulta de enfermagem										

19 – Comentários/ Sugestões

Consulta de enfermagem						
------------------------	--	--	--	--	--	--

16- Foi bem atendido pelos profissionais com que contactou?

	Muito mau	Mau	Acetável	Bom	Muito bom
Administrativo					
Assistente Operacional					
Enfermeiro					
Médicos					
Segurança					

17- Avaliação das instalações e condições do espaço físico.

	Muito mau	Mau	Acetável	Bom	Muito bom
Adequado às crianças					
Temperatura					
Luminosidade					
Ruido					
Espaço circulante					
Gabinetes de atendimento					
Higiene e limpeza					
Conforto					
Acesso					

18- Opinião geral sobre o funcionamento da consulta externa do [REDACTED]?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
--------------------	--------------	-------------	------------	------------------

12- Sentiu-se confortável durante a consulta?

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito	Não se aplica
Consulta médica						
Consulta de enfermagem						

13- Quando sujeito a procedimentos dolorosos foram realizadas medidas de controlo da dor?

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito	Não se aplica
Consulta médica						
Consulta de enfermagem						

14- Como se sentiu em relação à privacidade durante a consulta?

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito	Não se aplica
Consulta médica						
Consulta de enfermagem						

15- A qualidade dos serviços prestados correspondeu ao esperado?

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito	Não se aplica
Consulta médica						

Muito obrigado pela sua disponibilidade

Equipa da Enfermagem da Consulta de Pediátrica do [REDACTED]

APÊNDICE L – Resumo de Scoping Review: Análise da percepção dos pais quanto ao seu papel na identificação de incidentes durante a prestação de cuidados de saúde à criança.

RESUMO:

Atualmente, as orientações para segurança do doente continuam a ser um desafio na construção do cuidado seguro nos sistemas de saúde (1). Apesar do esforço significativo nas últimas duas décadas, os danos evitáveis e as lacunas na qualidade do cuidado continuam a afetar as crianças que recebem cuidados de saúde. As crianças devido às suas características e dependência do cuidador são mais propensas a sofrer um incidente. (2) Os pais são os principais cuidadores da criança dentro e fora das instituições de saúde e são quem melhor conhece a criança e a sua situação clínica. A parceria nos cuidados de saúde da criança entre pais e profissionais de saúde é uma condição essencial na qualidade e segurança dos cuidados de saúde à criança. O envolvimento dos pais/família nas questões de segurança do doente pediátrico é inadiável. Objetivo: Analisar a percepção dos pais quanto ao seu papel na identificação de incidentes durante a prestação de cuidado de saúde à criança. Metodologia: A elaboração da presente Scoping Review segue o protocolo da Joanna Briggs Institute (JBI) (3). Adaptou-se o mnemônico PCC, de forma que o P de população, C de conceito e C contexto. A pesquisa foi realizada nas bases de dados: Mediline, Pubmed e Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Durante o mês de dezembro de 2021, com o intervalo cronológico 2016-2022. Foram utilizadas as palavras-chave; "Patient Safety"; "Quality"; "Pediatric"; "Medical Errors"; "Parents", combinadas com o operador booleano AND. As palavras-chaves foram devidamente validadas nos descritores Ciência da Saúde (DeCS) (4) e Medical Subject Headings (MeSh) (5). Resultados: De acordo com os critérios de inclusão/exclusão foram selecionados 8 artigos. A revisão mapeou evidências provenientes de estudos primários que abrangem a percepção dos pais sobre a importância do seu papel na segurança do doente pediátrico, a partir de rigorosa aplicação das etapas. Conclusões: Os pais mostram-se disponíveis e compreendem a importância de colaborar com os profissionais de saúde nas questões da segurança do doente pediátrico. No entanto é necessário empoderar e capacitar os pais de conhecimentos e ferramentas para se tornarem parceiros efetivos na manutenção da segurança do doente pediátrico.

Palavras-chave: "Patient Safety"; "Quality"; "Pediatric"; "Medical Errors"; "Parents"

