



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente pediátrico

Sérgio Manuel Fernandes Vieira

outubro de 2023





Perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente pediátrico

Sérgio Manuel Fernandes Vieira

**Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de
Pediatria e de Neonatologia**

8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Ernestina Batoca Silva

outubro de 2023

“Leve é a tarefa quando muitos dividem o trabalho”

(Homero, séc. 9 a.C.)

Agradecimentos

Mais uma caminhada da minha vida está a ser concluída, feita com dedicação, esmero e esforço. Mas para que tivesse chegado a bom porto, necessitei da colaboração e apoio de muitas pessoas, pois ninguém se consegue construir sozinho. Assim, agradeço a todos os que, direta ou indiretamente, me ajudaram a tornar possível a concretização de mais uma etapa percorrida.

À minha orientadora Professora Doutora Ernestina Batoca Silva, por todo o apoio constante e incansável. A sua orientação, sugestões e críticas construtivas foram inestimáveis e ajudaram imensamente a concluir este trabalho.

À Professora Doutora Graça Aparício e a Professora Doutora Isabel Bica, pelos comentários e sugestões que contribuíram significativamente para o desenvolvimento deste trabalho.

Obrigado.

Resumo

Enquadramento: A formação avançada, ao nível do curso de mestrado e curso de pós-licenciatura de especialização, promoveu uma miríade de oportunidades para desenvolver os conhecimentos, adquirir competências humanas, éticas e técnico-científicas, tão cruciais ao desempenho e intervenções de excelência na área da Enfermagem Especializada em Saúde Infantil e Pediátrica. Assim, quer os estágios quer a investigação realizada, foram importantes para o desenvolvimento da *praxis* de enfermagem especializada.

Objetivos: Refletir criticamente acerca do percurso de aprendizagem, de acordo com as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente pediátrico.

Metodologia: Recorreu-se a uma metodologia crítico-reflexiva sobre a prática clínica e atividades desenvolvidas nos estágios de Saúde Infantil e Familiar, Pediatria e Neonatologia. Foi também realizado um estudo qualitativo do tipo fenomenológico, sobre a perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente pediátrico, cuja amostra foi constituída por nove enfermeiros que exercem funções num serviço de pediatria de um centro hospitalar da Região Norte de Portugal.

Resultados: O percurso formativo nos diferentes estágios resultou quer num crescimento pessoal e profissional, na aquisição de conhecimentos baseados em evidências científicas de elevada qualidade, quer no desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências, que se traduzirão futuramente na maximização da assistência ao recém-nascido/criança/jovem/família. Relativamente aos resultados da investigação, emergiram como principais aspetos específicos a ter em conta na segurança do doente pediátrico: Dosagem certa a administrar (medicação), Via de administração correta, Risco de quedas, Vigilância do doente pediátrico, Proteção física, como grades de cama, idade da criança e peso. As medidas tomadas na unidade para a garantia da segurança do doente pediátrico na unidade mais referenciadas foram: Cuidado redobrado na administração de terapêutica, Elevação das grades das camas, Pulseiras eletrónicas para segurança, Registo informático da criança, Especial cuidado com o transporte em segurança quer inter ou intrahospitalar. Prevaleceu a caracterização de segurança do doente pediátrico da instituição/serviço como razoável/moderada". Todos os entrevistados atribuíram muita importância à formação dos profissionais nesta área e atribuem extrema importância à equipa de gestão do risco do serviço. As sugestões mais reiteradas para a melhoria da segurança do doente pediátrico da instituição/serviço foram: Dotações seguras, principalmente no turno da noite, incentivo à formação em serviço, potenciando desenvolvimento pessoal e profissional, A numeração fixa dos berços/incubadoras, Consciencialização por parte da Instituição das necessidades do doente pediátrico, Mais profissionais qualificados e especializados com conhecimentos específicos de forma a atuar em determinadas situações de forma mais segura e autónoma.

Conclusões: Na sociedade atual, o conhecimento é reconhecido como um bem social valioso e a procura de mais formação de qualidade é uma estratégia que permite construir o conhecimento e a experiência. Esta foi uma premissa que nos norteou e se consolidou ao longo do processo de aprendizagem em estágio e na investigação. A investigação permitiu confirmar a importância da formação e consciencialização dos enfermeiros sobre a segurança do doente pediátrico, como garante da segurança e qualidade cuidados de saúde.

Palavras-chave: segurança do paciente; enfermagem pediátrica; criança; jovem.

Abstract

Background: Advanced training, at master's and postgraduate specialization level, provided a myriad of opportunities to develop knowledge, acquire human, ethical and technical-scientific skills, which are so crucial to the performance and interventions of excellence in the area of Specialized Nursing in Child and Pediatric Health. Thus, both the internships and the research carried out were important for the development of specialized nursing praxis.

Objectives: To critically reflect on the learning pathway, in accordance with the common and specific competences of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health; To know the nurses' perception of pediatric patient safety.

Methodology: A critical-reflective methodology was used on the clinical practice and activities developed in the Child and Family Health, Pediatrics and Neonatology internships. A phenomenological qualitative study was also carried out on nurses' perceptions of pediatric patient safety. The sample consisted of nine nurses working in a pediatric service at a hospital in the northern region of Portugal.

Results: The training pathway in the different internships resulted in both personal and professional growth, the acquisition of knowledge based on high-quality scientific evidence, and the development and improvement of skills, which will translate into maximizing care for the newborn/child/young person/family in the future. With regard to the results of the research, the main specific aspects to be taken into account in pediatric patient safety were: the right dosage to administer (medication), the correct route of administration, the risk of falls, monitoring the pediatric patient, physical protection such as bed rails, the child's age and weight. The measures taken in the unit to ensure the safety of the pediatric patient in the unit that were most frequently mentioned were: Extra care in administering therapy, Raising the bed rails, Electronic bracelets for safety, Computer registration of the child, Special care with safe transport, both inter-hospital and intra-hospital. The characterization of pediatric patient safety at the institution/service as "reasonable/moderate" prevailed. All the interviewees attached great importance to training professionals in this area and attached extreme importance to the service's risk management team. The most repeated suggestions for improving pediatric patient safety in the institution/service were: Safe staffing, especially on the night shift, encouraging in-service training, fostering personal and professional development, Fixed numbering of cots/incubators, Awareness on the part of the institution of the needs of the pediatric patient, More qualified and specialized professionals with specific knowledge in order to act in certain situations more safely and autonomously.

Conclusions: In today's society, knowledge is recognized as a valuable social asset and the search for more quality training is a strategy for building knowledge and experience. This was a premise that guided us and was consolidated throughout the internship learning process and the research. The research has confirmed the importance of training and raising nurses' awareness of pediatric patient safety, as a guarantee of safety and quality health care.

Keywords: patient safety; pediatric nursing; child; young person.

Sumário

	Pág.
Lista de siglas e acrónimos.....	XIII
Introdução	17
Parte I – Percurso Formativo em Estágio	19
1. Percurso Formativo em Estágio	21
1.1. Estágio de Saúde Infantil e Familiar	23
1.2. Estágio de Pediatria	28
1.3. Estágio de Neonatologia	34
Parte II - Investigação	41
2. Enquadramento Teórico e Justificação	43
3. Metodologia	51
3.1. Tipo de estudo.....	51
3.2. Questão de investigação e objetivos	52
3.3. Participantes.....	52
3.4. Instrumento de recolha de dados	53
3.5. Procedimentos metodológicos.....	54
3.6. Procedimentos éticos	55
4. Resultados	57
5. Discussão	63
6. Conclusão	71
Considerações finais	75
Referências bibliográficas	77
Anexos.....	82
Anexo I – Parecer da Comissão de Ética do CHTMAD	
Anexo II - Instrumento de recolha de dados e consentimento informado	

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo de investigação...	53
Tabela 2. Aspetos específicos a ter em conta na segurança do doente pediátrico.....	57
Tabela 3. Medidas tomadas na unidade para a garantia da segurança do doente pediátrico na unidade.....	58
Tabela 4. Caracterização da segurança do doente pediátrico da instituição/serviço	60
Tabela 5. Importância atribuída à equipa de gestão do risco do serviço	62
Tabela 6. Sugestões para a melhoria da segurança do doente pediátrico da instituição/serviço	62

Lista de siglas e acrónimos

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

BSIJ - Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CESIJ - Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

D - Domínio

DGS - Direção-Geral da Saúde

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NIDCAP - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

RCF - Restrição de Crescimento Fetal

RN - Recém-nascido

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

USF - Unidade de Saúde Familiar

Introdução

Este Relatório foi desenvolvido no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Saúde de Viseu, representando o percurso formativo de aprendizagem ao longo da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia. O estágio de Saúde Infantil e Familiar decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Douro I - Marão e Douro Norte. O estágio da Pediatria teve lugar num serviço de pediatria de um centro hospitalar da Região Norte e o estágio de Neonatologia decorreu numa unidade de neonatologia de um hospital central da Região Norte do país.

No presente Relatório documenta-se todo o percurso formativo realizado nos estágios e investigação realizada, para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O mesmo espelha o desenvolvimento, aquisição e aprofundamento de conhecimentos e competências especializadas para a prestação de cuidados diferenciados à criança/família. A temática do estudo de investigação consiste na perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente pediátrico, que resultou num estudo qualitativo do tipo fenomenológico orientado pelos princípios de Van Manen (1990). A pertinência do tema associa-se ao facto da segurança dos doentes ser fundamental para a prestação de serviços de saúde essenciais de qualidade (Organização Mundial de Saúde, [OMS], 2019). Existe um claro consenso de que os serviços de saúde de qualidade em todo o mundo devem ser eficazes, seguros e centrados nas pessoas. Além disso, para se perceberem os benefícios dos cuidados de saúde de qualidade, os serviços de saúde devem ser oportunos, equitativos, integrados e eficientes. Para assegurar a implementação de estratégias bem-sucedidas de segurança dos doentes, são necessárias políticas claras, capacidade de liderança, dados para impulsionar as melhorias na segurança, profissionais de saúde qualificados e o envolvimento efetivo dos doentes nos cuidados (OMS, 2019). Em 2019, a OMS declarou o dia 17 de setembro como o Dia da Segurança do Doente, cujo objetivo consiste em aumentar a consciencialização quanto à importância dos cuidados centrados nas pessoas e à prevenção de danos nos doentes.

O crescente interesse pela segurança do doente tem repercussões significativas nas publicações científicas, com uma produção cada vez maior de estudos no domínio interdisciplinar da saúde pública. Surgiram novos conceitos e novos termos, como o “risco clínico”, que se refere à probabilidade de um doente ser vítima de um acontecimento adverso

devido aos cuidados médicos, ainda que de forma não intencional (Nicolì et al., 2022). Todavia, os dados epidemiológicos e as evidências da literatura são escassos no que respeita à segurança dos doentes em pediatria e é necessário comparar experiências e soluções aplicadas em diferentes contextos. A nível europeu, foram definidas algumas recomendações e foi sublinhada a necessidade de se aplicarem soluções específicas e práticas de segurança dos doentes. O manifesto de segurança do doente da Academia Americana de Pediatria, cuja última versão foi publicada em 2019, sublinha a importância de se avaliar as características específicas do utente pediátrico sempre que se planeia uma intervenção (Nicolì et al., 2022).

Nesse sentido, surgiu o interesse em explorar esta temática através deste estudo cujo objetivo consiste em conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente pediátrico. É nossa finalidade contribuir para a consciencialização dos enfermeiros para a melhoria da segurança do doente pediátrico, em prol da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Em termos estruturais, este documento está dividido em duas partes, constando da primeira a descrição e reflexão sobre o percurso formativo nos três estágios e de aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A segunda parte é referente à investigação. O relatório termina com as considerações finais, com uma análise global sobre a apropriação dos conhecimentos e benefícios das experiências para a melhoria da prática de cuidados.

Parte I – Percorso Formativo em Estágio

1. Percurso Formativo em Estágio

Em conformidade com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, p. 4745), as competências especializadas resultam do “aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais” e concretizam-se, “em competências comuns e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade”. O mesmo organismo define, assim,

a) “Competências comuns”: 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;

b) “Competências específicas”: 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 (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Ainda de acordo com o mesmo documento (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, p. 4744), o enfermeiro especialista, é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”.

O percurso em estágio foi importante para o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Portugal, Regulamento n.º 140/2019) e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Portugal, Regulamento nº 422/2018), que a seguir se enunciam.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:

A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

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

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

B - Domínio da melhoria contínua da qualidade:

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

B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.

C - Domínio da gestão dos cuidados:

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

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

D - Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

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

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica:

a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;

b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;

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

A competência denota a capacidade de uma determinada pessoa ou profissional executar uma determinada tarefa ou ação, tendo a formação e educação necessárias para o fazer. Competência está ancorada nos resultados de uma experiência educativa *versus* os contributos do ambiente e do sistema educativos (Zumstein-Shaha & Grace, 2023). Por outro lado, os mesmos autores afirmam que o ensino de enfermagem tem como objetivo alcançar resultados de aprendizagem teórica e prática em contexto de estágios. Os estágios realizados foram os seguintes: Saúde Infantil e Familiar numa UCC e numa USF do ACeS Douro I - Marão e Douro Norte; de Pediatria, que teve lugar num serviço de pediatria de um centro hospitalar da Região Norte; de Neonatologia, que decorreu numa unidade de neonatologia de um hospital central da Região Norte do país.

Tendo por base o descrito anteriormente, neste capítulo apresenta-se uma reflexão crítica sobre os objetivos e as atividades que os concretizaram no percurso formativo, de forma a poder alcançar os quatro domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

1.1. Estágio de Saúde Infantil e Familiar

O presente estágio foi realizado numa UCC e numa USF do ACeS Douro I - Marão e Douro Norte, sob orientação da EEESIP responsável pela implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar. O Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, criou os ACeS do Serviço Nacional de Saúde (SNS), estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento com a criação das suas unidades funcionais. Entre as unidades funcionais a implementar consta a UCC. De acordo com o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto (Artigo 10.º Unidades de saúde 1, p. 10) os “ACeS são os estabelecimentos e serviços do SNS aos quais compete garantir a prestação dos cuidados de saúde primários”.

As UCC são unidades de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, com autonomia funcional e técnica e com intervenção de âmbito domiciliário e comunitário, junto das pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, sendo compostas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, Artigo 38.º, p. 21).

Em conformidade com o mesmo disposto legal, as USF são unidades de cuidados personalizados, formadas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, com autonomia funcional e técnica, que desenvolvem a sua atividade com base na contratualização de objetivos e que garantem aos cidadãos nelas inscritos uma carteira básica de serviços, constando o seu regime de diploma próprio (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, Artigo 38.º Unidades funcionais, p. 20).

De seguida apresenta-se a reflexão sobre as atividades desenvolvidas em contexto de cuidados de saúde primários, nas unidades funcionais (UCC e USF) embora com maior predomínio na UCC, a qual foi fundamental para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Em termos de contextualização da UCC onde decorreu o estágio, referimos que a sua missão consiste em prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, particularmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atuar ainda na educação para a saúde, na integração em redes

de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. Contribui para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. Como recursos humanos, possui sete enfermeiros, dois secretários clínicos, um Técnico Superiores de Saúde na área da Nutrição e Dietética e dois Técnicos Superiores de Serviço Social.

Em relação à USF, na qual decorreu o estágio, a mesma presta com eficácia, qualidade e humanismo, cuidados de saúde à população. Tem também como missão garantir a acessibilidade, transversalidade e globalidade nos serviços prestados, com compromisso de melhoria contínua e promover sinergias com a comunidade. Atende às necessidades da população local e às suas evoluções sociodemográficas para adaptar os serviços prestados, e indo ao encontro da satisfação dos utentes e dos profissionais. Tem alocados oito médicos, nove enfermeiros e nove secretários clínicos.

Relativamente à identificação da dinâmica organizacional e funcional da UCC, foi-me dado a conhecer a estrutura física, dinâmica funcional, modelo organizacional, recursos humanos e dinâmica da unidade. A atenção com que fui recebido foi um aspeto facilitador para a minha integração e para a definição dos objetivos e atividades.

Constatei que a forma como esta UCC está organizada permite uma relação de ajuda de proximidade e muito facilitadora para a população que serve. Consultei os guias orientadores existentes na unidade, de forma a conhecer os seus protocolos, normas, regulamentos e recursos utilizados na prestação de cuidados especializados. Quero salientar a forma como me ambientei com celeridade aos registos de enfermagem SClínico, tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Este sistema apresenta registos claros e concisos que correspondem às generalidades das consultas, não substituindo a necessidade de uma avaliação específica e individualizada de cada criança/adolescente/família. As intervenções de enfermagem são selecionadas de acordo com cada utente.

Ao longo do estágio procurei pautar as intervenções de enfermagem com profissionalismo e respeito pela metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, demonstrando grande empenho e dedicação, tendo solicitado, poder assistir a criança/família na vigilância de saúde, durante a consulta de enfermagem, no sentido de aumentar as minhas experiências e aprendizagens.

Suportei as minhas intervenções e decisões em princípios, valores e normas deontológicas, bem como colaborei nos processos de tomada de decisão ética de maior

complexidade. Tive a oportunidade de colaborar na gestão dos cuidados de enfermagem, recursos humanos e recursos materiais, o que me fez ainda mais perceber todo o funcionamento da unidade.

Tive como preocupação acolher personalizadas a criança, jovem e família, sempre com base numa relação de empatia e de confiança, usando a negociação e a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. Ainda neste contexto, tive a oportunidade de realizar consultas de saúde infantil e juvenil de forma a progredir autonomamente, bem como avaliei o crescimento/desenvolvimento da criança/jovem, fazendo os devidos registos. Procurei sempre estimular os comportamentos promotores de saúde (nutrição, exercício físico, prevenção de consumos nocivos e adoção de medidas de segurança), realizando ensinamentos sobre a prevenção, identificação e como abordar as doenças comuns nas várias idades. Dei grande ênfase ao apoio e à estimulação do exercício adequado das responsabilidades parentais.

Nas consultas de saúde infantil e juvenil tive a oportunidade de avaliar o crescimento (avaliação antropométrica do peso, comprimento, índice de massa corporal e perímetro cefálico) e o desenvolvimento da criança/jovem em conformidade com a Escala Mary Sheridan modificada, bem como atualizei o esquema vacinal, tendo por base o Programa Nacional de Vacinação (PNV), realizando sempre os devidos registos no SClínico e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ).

Neste contexto, e no âmbito do Projeto SOBE+, comemorou-se no dia 20 de março o Dia Mundial da Saúde Oral 2023, uma iniciativa da *World Dental Federation*, com o objetivo de alertar a população para a importância de uma boca saudável para a saúde em geral. Constatamos que a escola desempenha igualmente um papel relevante na promoção de hábitos de vida saudáveis e as bibliotecas escolares contribuem muito para a celebração desse dia. A equipa do SOBE+ desafiou as bibliotecas escolares a sugerirem atividades para uma consciencialização dos alunos, das famílias e comunidade acerca da importância de uma boa higiene oral para a sua saúde. Realizaram-se sessões educativas no contexto do Projeto SOBE+ no âmbito das temáticas da saúde oral e da saúde em geral (<https://www.sobe.pt/>).

Neste âmbito, realizei sessões de educação para a saúde no sentido de capacitar as crianças/jovens para a adoção de comportamentos saudáveis. Estas foram também sessões de esclarecimento dos problemas identificados no sentido da adoção de medidas de prevenção. Assim, fomos a vários Agrupamentos de Escolas, em contexto do Programa de Saúde Escolar, realizar sessões de educação para a saúde, onde sobressaiu a promoção da higiene e saúde oral e higiene corporal. Para tal, realizei uma apresentação em

PowerPoint sobre higiene e saúde oral que foi apresentado em várias turmas do 1º Ciclo do Ensino Básico (cf. Anexo I). A sessão foi muito positiva, tendo tido a participação das crianças, as quais se revelaram muito recetivas e colaborativas, o que demonstra que este tipo de intervenções, pensadas para educar as crianças de forma lúdica e interativa, é uma estratégia ideal para a promoção da saúde, fazendo com que as crianças sejam elementos ativos na construção da sua saúde. Ressalvo que as escolas são canais privilegiados para a promoção da saúde e as crianças são elementos catalisadores das mensagens de promoção da saúde, inclusive, para a família, e os enfermeiros em conjunto com a escola podem assumir a liderança na transmissão dessas mensagens, como parte integrante do processo de crescimento e aprendizagem das crianças.

A saúde oral é reconhecida como uma componente essencial da saúde global e da qualidade de vida das pessoas. Uma deficiente saúde oral pode aumentar os riscos associados a doenças crónicas. Para além disso, tem repercussões sociais e económicas. As pessoas com baixos rendimentos têm o dobro da probabilidade de sofrer de doenças orais e têm necessidades de saúde oral não satisfeitas (Öcek et al., 2020). Como preconiza o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025 (Azul et al., 2021, p.5), a saúde oral “contribui positivamente para o bem-estar físico, mental e social permitindo o usufruto pleno das oportunidades que a vida proporciona, com destaque para o relacionamento com os outros, falar, comer, sem entraves causados pela dor, desconforto, constrangimentos ou embaraços. É possível e desejável manter dentes e gengivas saudáveis durante toda a vida”. Para o alcançar, “as medidas preventivas, incluindo os cuidados básicos de saúde oral, vão sendo implementadas ao longo da vida e estão ao alcance de todos porque são simples de concretizar, económicas e muito eficazes” (Azul et al., 2021, p.5). Como tal, assume muita importância capacitar as crianças/jovens nesta área.

A cárie dentária é a doença infantil evitável mais comum em todo o mundo. Milhões de crianças pequenas apresentam cáries com uma prevalência variável estimada em 48%, levando a impactos significativos na qualidade de vida da criança e a uma elevada carga para as famílias e sociedade (Peres et al., 2020). Este problema de saúde oral está mais presente e de forma desproporcionada nos grupos desfavorecidos e representa uma doença oral resultante das desigualdades socioeconómicas e de saúde (Peres et al., 2020). Desta forma, o enfermeiro tem um papel de extrema importância na identificação dos problemas ou potenciais problemas/diagnóstico de situação e no planeamento das intervenções. Como defende Gill (2020), a educação para a saúde é a expansão do planeamento individual, grupal, institucional, comunitário e sistémico para desenvolver a consciência da saúde. Neste sentido, procurei realizar educação sobre saúde oral às crianças e famílias. A intenção da educação

para a saúde é influenciar otimamente o comportamento de saúde dos indivíduos e comunidades, bem como o modo de vida e o ambiente de trabalho que se sobrepõem à sua saúde.

Neste âmbito, também participei numa reunião entre o Centro de Saúde e o responsável da escola para agendar futuros encontros para provimento de outras atividades a serem realizadas no âmbito da Saúde Escolar.

Importa realçar que o Programa Nacional de Saúde Escolar (Direção Geral da Saúde, 2015) tem como finalidades: “promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa; apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde e educativas especiais; promover um ambiente escolar seguro e saudável; reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis; contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde”. As estratégias do PNSE fundamentam-se na área da melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa. De acordo com o mesmo, a escola, sendo um espaço seguro e saudável, deve promover a adoção de comportamentos mais saudáveis, em parceria com os enfermeiros. Este trabalho em parceria delinea uma posição ideal para a promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente. Neste sentido intervi “em programas no âmbito da saúde escolar”, como preconizado nas competências do EEESIP (Portugal, Regulamento nº 422/2018, p.19193).

Procurei mobilizar os conhecimentos teóricos para a prática diária de enfermagem, bem como promover uma execução de todas as intervenções de enfermagem com a máxima precisão, eficiência e eficácia possíveis, num processo de envolvimento e promoção do bem-estar da criança, jovem e família. Neste sentido, foi elaborada uma sessão de educação para a saúde sobre os cuidados a crianças/jovens com necessidades especiais, com ênfase no contributo do EEESIP (cf. Anexo II). Este foi um tema que contribuiu para a minha aprendizagem, mas devido a alguns condicionalismos/constrangimentos não foi possível concretizar. Realçamos a importância da utilização de estratégias promotoras do envolvimento e da participação dos pais nos cuidados de saúde a essas crianças/jovens, as quais devem ser personalizadas e flexibilizadas de acordo com cada uma em particular. Pais e enfermeiros devem trabalhar em conjunto, aproveitando todas as oportunidades que fortaleçam a relação de parceria, para que possam obter ganhos em bem-estar e qualidade de vida promovendo o desenvolvimento integral da criança/jovem e da família (Alves, 2015).

Neste sentido, como sustentam Soares e Tavares (2017), destacam-se as equipas de intervenção precoce que, a nível regional, estão sediadas nos centros de saúde e, em muitos

dos casos, coordenadas por enfermeiros. Compete a estas equipas assegurar a proteção dos direitos das crianças e o desenvolvimento das suas capacidades; detetar e sinalizar todas as crianças com necessidades de intervenção precoce; intervir junto das crianças e famílias, em função das necessidades identificadas, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso de desenvolvimento; apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas de segurança social, de saúde e de educação; e envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social (Soares & Tavares, 2017, s.p.). Neste âmbito, damos ênfase à competência do EEESIP quando “mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias”. Ao longo de todo o estágio, colaborei no atendimento personalizado a cada criança/jovem e família, considerando o seu estágio de desenvolvimento, tendo sido uma constante a promoção de uma relação empática com a criança/jovem e família, com devida adequação da linguagem à idade, nível de desenvolvimento e aos conhecimentos da criança/jovem. Assim sendo, considero ter mobilizado “conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória” (Portugal, Regulamento nº 422/2018, p. 19193).

Ao longo deste estágio procurei desenvolver sempre o autoconhecimento, pautando-me por ser assertivo e interessado, o que resultou numa prestação de cuidados seguros e competentes, tendo sempre como referência a minha Tutora quer para a partilha de conhecimentos, quer para o esclarecimento das dúvidas que iam surgindo. Desenvolvi competências ao nível da promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil, estado nutricional, promoção da parentalidade, capacitei e motivei também a família, para que pudesse desenvolver as competências parentais, tão fundamentais para um desenvolvimento harmonioso das crianças e jovens. De igual modo, considero ter contribuído para o desenvolvimento saudável da referida díade, tendo sempre como guia cuidados antecipatórios para a sua maximização e promoção de um desenvolvimento saudável.

1.2. Estágio de Pediatria

O estágio de Pediatria decorreu num serviço de pediatria de um centro hospitalar da Região Norte do país, tendo como tutora uma EEESIP. No decorrer deste estágio desenvolvi competências comuns ao Enfermeiro Especialista e específicas do EEESIP através de

atividades desenvolvidas para o atingir dos objetivos propostos no Projeto. Este Serviço tem alocado 17 enfermeiros, seis médicos e sete auxiliares.

Observei a dinâmica do serviço e, sempre que possível, acompanhei a equipa nas atividades desenvolvidas, tendo o cuidado de as realizar com rigor e proceder ao seu registo. Tentei sempre acompanhar a Enfermeira Tutora nos seus horários com assiduidade e pontualidade, cooperando nas suas atividades, mostrando interesse, disponibilidade e responsabilidade na prestação de cuidados. Aperfeiçoei a capacidade de comunicar com a criança/jovem/família, nunca esquecendo o seu contexto sociocultural e o nível de literacia, criando uma comunicação terapêutica, mostrando sempre disponibilidade, empatia e respeito. Criei boas relações com a equipa multidisciplinar e com as crianças/adolescentes e família.

No decorrer do estágio, tive sempre a inquietação de me informar sobre as normas, regulamentos, protocolos e procedimentos operativos que existiam. Sempre que necessário estes também foram consultados no decorrer do estágio. Assim, considero ter promovido uma “relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada”, de acordo com as competências do EEESIP (Portugal, Regulamento nº 422/2018, p. 19194).

Procurei sempre manter um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. Face às necessidades de formação e potenciais projetos de melhoria contínua da qualidade do atendimento e cuidados, a Tutora lançou-me o repto para realizar um trabalho sobre a *Humanização do Acolhimento do Utente Pediátrico*, o que se traduziu na elaboração de uma sessão de formação e na sua apresentação aos enfermeiros (cf. Anexo III). Esta atividade contribuiu para a sensibilização da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no Serviço de Pediatria e, simultaneamente, para ganhos em conhecimentos e aprimoramento das competências relacionais com o utente pediátrico/família. A humanização dos cuidados significa o processo em que do utente é colocado no centro dos cuidados, no respeito pelos seus sentimentos e crenças sobre a sua saúde. Em Pediatria, a humanização dos cuidados destina-se a prestar um serviço centrado não só na criança enquanto utente, mas necessariamente também em toda a família, que deve participar nas fases do acolhimento, diagnóstico e tratamento, bem como nos processos físicos e psicossociais (Mandato et al., 2020). A humanização do acolhimento e dos cuidados em Pediatria é um conceito central para a prática de enfermagem de excelência.

Com o trabalho realizado, pude concluir que um acolhimento humanizado em Pediatria equivale a transmitir calor humano e sendo o primeiro contacto com a instituição/serviço, tem o potencial de influenciar positivamente a construção de uma relação de confiança e de ajuda,

essencial no processo de cuidados. Neste sentido, o acolhimento humanizado do utente pediátrico/família não pode de modo algum ser menosprezado em benefício de pormenores de índole técnica. Mesmo que o tempo seja escasso, a escuta ativa, empatia e atenção às preocupações, dúvidas, sentimentos e necessidades de cada utente/família devem ser sempre facilitadas. É, assim, ideal que a gestão emocional e de informação façam parte das intervenções de enfermagem, interligadas e facilitadoras de um acolhimento humanizado e de todo o processo de cuidados durante a hospitalização. Considero que consegui uma prática clínica que assentasse na evidência científica, tendo recorrido aos meus conhecimentos e feito pesquisas sobre temas nos quais não me sentia tão à vontade e tinha dúvidas, o que ajudou para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao longo do estágio, procurei também adquirir conhecimentos e experiência prática das funções do Enfermeiro Especialista enquanto colaborador na gestão do serviço. Tive a oportunidade de acompanhar e colaborar com a Enfermeira Chefe a nível da gestão, como se processam os pedidos e elaboração de horários. Estive também envolvido nos vários projetos da instituição. Constatei a importância da gestão de pessoal e do trabalho em equipa multidisciplinar, com o único objetivo de obter ganhos em saúde para a criança/família.

Desenvolvi competências no apoio e na promoção da parentalidade no contexto assistencial e na parceria de cuidados de assistência à criança/jovem/pais/cuidador principal, tendo como referencial teórico a parceria de cuidados de Anne Casey, que favorece a prática de enfermagem avançada, pois este modelo foi um dos pontos de viragem mais cruciais na história da área da saúde. Esta teoria leva-nos a compreender que não são apenas os enfermeiros que podem participar no cuidado das crianças hospitalizadas, mas que os pais também o podem e devem fazer (Farrel, 1992). O princípio subjacente ao modelo de Casey refere que os pais devem continuar a desempenhar o seu papel de prestador de cuidados junto da criança hospitalizada. Enfatiza as relações estabelecidas com a família e a relevância de se apurar o conhecimento sobre a estrutura da mesma, das relações entre os seus membros e das forças que a afetam. Esta avaliação da sua capacidade contribui para a continuidade do exercício parental. Neste modelo, constatei que no Serviço de Pediatria, onde decorreu o estágio, os enfermeiros atendem a família em meio hospitalar como foco de cuidados. Tal como preconiza a OE (2017, p. 5), percebi a importância de se capacitar e disponibilizar o suporte necessário aos pais e “dotá-los de competências para a gestão proficiente nos cuidados aos seus filhos, visando a sua autonomia e capacitação para uma tomada de decisão informada em diferentes domínios do percurso assistencial”.

Assim sendo, ajudei os pais (pai/mãe) no desempenho do papel parental, apoiando-os e estimulando-os para o exercício adequado das responsabilidades parentais. Sempre que possível incentivei e negocieei o envolvimento da família na prestação de cuidados à criança/jovem, utilizando medidas promotoras da parceria de cuidados (Portugal, Regulamento nº 422/2018).

Tive também a oportunidade de prover orientações antecipatórias aos pais/cuidador principal face aos cuidados à criança/jovem e família, com esclarecimento de procedimentos e cuidados ao utente pediátrico, por forma a poder otimizar os processos específicos de cura e doença. Foi igualmente importante ter capacitado a família para os cuidados a prestar no domicílio à criança/jovem, de forma a dar-se continuidade aos cuidados necessários. Por conseguinte, fiz jus ao emanado pela OE (Portugal, Regulamento nº 422/2018, p. 19193), quando diz que o EEESIP “Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença”.

Após a prestação dos cuidados realizei sempre os registos de enfermagem, com a preocupação de avaliar esses mesmos cuidados e atualizar os planos de cuidados se necessário. Consegui desenvolver conhecimentos e habilidades essenciais para uma rápida identificação de situações de instabilidade, assim como a destreza na prestação de cuidados o mais atraumáticos possíveis, ou seja, fiz “a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Portugal, Regulamento nº 422/2018, p. 19193), o que me permitiu cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

Ainda neste âmbito, tive também a oportunidade de preparar e realizar ensinamentos pré-operatórios e pós-operatórios para cirurgias de ambulatório. A cirurgia, embora tenha a finalidade de promover a cura ou melhorar a qualidade de vida, suscita no utente pediátrico e família sentimentos de ansiedade, receio e até perda de controlo. Deste modo, procurei, através da escuta ativa, ensinamentos e informações, minimizar a ansiedade e desmistificar os medos do utente pediátrico e família, com recurso a técnicas organizadas, contribuindo, deste modo, para o seu bem-estar. Como sustentam Ahmed e Rufo (2022), a gestão do pré e pós-operatório no utente pediátrico é diferente dos adultos. Essas diferenças incluem o uso de linguagem cognitiva e apropriada à idade, a compreensão da dinâmica da família e a avaliação do estágio de desenvolvimento da criança/jovem. Assim, segui o protocolo do serviço, tendo em conta as melhores estratégias não farmacológicas para aliviar a ansiedade pré-operatória e o medo da separação dos pais. Descrevi as estratégias da equipa multiprofissional para melhorar a compreensão das necessidades do utente pediátrico e família. Num ambiente

ambulatório, os pais são responsáveis pelos cuidados a prestar aos seus filhos antes e depois da cirurgia. Concordamos com Anderson et al. (2017) ao referir que as oportunidades de comunicação direta são limitadas e os profissionais de saúde dependem dos pais para receberem informações suficientes, compreenderem como preparar o seu filho antes da cirurgia, prestarem cuidados pós-operatórios após a cirurgia, administrarem a medicação e observarem potenciais complicações após a alta. Importa também estar atento à ansiedade dos pais, pois pode causar ansiedade nas crianças e os níveis de ansiedade podem ser reduzidos através de informações pré-operatórias. As diretrizes internacionais sublinham a importância da educação pré-operatória para os utentes pediátricos e os pais, e as instituições de saúde publicam cada vez mais informações pré-operatórias na Internet nos seus sítios Web (Anderson et al., 2017).

Particpei em ensinamentos à família e ao utente pediátrico com doença crónica, nomeadamente diabetes Mellitus tipo 1 inaugural, preparando-os para lidar com a doença. Assim, prestei informação com linguagem adequada ao nível de compreensão sobre os sintomas de hiperglicemia mais frequentes, aumento da sede e da fome, boca seca, micções frequentes, fraqueza, visão turva, confusão, ansiedade, as feridas que cicatrizam lentamente e diaforese, bem como sobre a importância da adesão ao regime terapêutico farmacológico e não farmacológico. A diabetes Mellitus tipo 1 é a doença crónica mais frequente na infância. A terapêutica inclui a administração intensiva de insulina subcutânea em doses calculadas com base na ingestão de hidratos de carbono, exercício físico e medição da glicemia capilar (Ronkowska & Stefanowicz-Bielska, 2022). Na infância e na adolescência, um controlo glicémico inadequado pode levar a distúrbios metabólicos agudos e complicações crónicas, a alterações cognitivas e de memória e à depressão. O tratamento intensivo e a enfermagem, a monitorização regular da doença e a atenção constante das crianças e dos seus pais são frequentemente uma fonte de stress crónico (Ronkowska & Stefanowicz-Bielska, 2022). Assim sendo, considero importante recorrer-se à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), pois permite a formulação de frases referentes a diagnósticos, ações de enfermagem (intervenções) ou resultados obtidos dos cuidados. É constituída por sete eixos, nomeadamente: área de atenção relevante para a enfermagem (Foco - F), opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem (Julgamento - J), maneira ou método de executar uma intervenção (meios - M), processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente (ação - A), o ponto, período, momento, intervalo ou duração de uma ocorrência (tempo - T), orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção (localização - L), sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário de uma intervenção de enfermagem (cliente - C) (Rabelo-Silva et al., 2016).

É um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de um defeito na secreção e/ou atividade da insulina. A hiperglicemia crónica na diabetes leva a danos, disfunção e falência de muitos órgãos, principalmente dos olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (Petersmann et al., 2019). A diabetes Mellitus tipo 1 é uma das doenças crónicas mais comuns em idade de desenvolvimento. Nos últimos anos, tem-se verificado um aumento constante da incidência a nível mundial (Petersmann et al., 2019). De acordo com a Federação Internacional de Diabetes (Petersmann et al., 2019), 1,1 milhões de crianças e adolescentes com menos de 20 anos de idade em todo o mundo têm diabetes tipo 1. Estima-se que até 2025, o número de casos quadruplicará, afetando especialmente as crianças dos 0 aos 9 anos. Quanto mais jovem for a idade de início, mais turbulento é o aparecimento e o desenvolvimento dos sintomas clínicos. Estes estão principalmente associados à hiperglicemia e à diurese osmótica. Alguns sintomas clínicos ocorrem durante o tratamento e estão relacionados com a administração de insulina ou com a sua dosagem incorreta. A complicação mais comum e grave do tratamento da diabetes é a hipoglicemia, que tem sido reconhecida como um fator limitante no tratamento da diabetes Mellitus tipo 1 (Ronkowska & Stefanowicz-Bielska, 2022). Como tal, é importante que o enfermeiro empoderem o utente pediátrico e a família para conseguir um bom controlo metabólico, mantendo a glicemia, a hemoglobina glicosilada ($HbA1c \leq 7,0\%$), a pressão arterial, os parâmetros lipídicos e o peso corporal dentro dos limites normais, evitando ao mesmo tempo a hipoglicemia. Neste contexto, também estive presente e colaborei na consulta externa numa consulta a uma criança com diabetes. Deste modo, adquiri a unidade de competência “Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” (Portugal, Regulamento nº 422/2018, p. 19193).

Colaborei na consulta externa numa consulta do desenvolvimento infantil. O meu objetivo nesta consulta foi cooperar na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil adequados, tendo sempre em conta as normas do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Portanto, aquando da entrada da criança/adolescente e família, tive sempre a preocupação de identificar as necessidades destes e esclarecer possíveis dúvidas. Durante as consultas de saúde infantil tive a oportunidade de realizar educação para a saúde a título individual, designadamente ensinamentos antecipatórios, especialmente acerca da amamentação, alimentação, higiene, saúde oral, estilos de vida saudáveis, posição ao deitar, hábitos de sono, hábitos intestinais/cólicas, controlo de esfíncteres, desenvolvimento, segurança do ambiente, vacinação, sinais de alerta, entre outros.

1.3. Estágio de Neonatologia

O Estágio de Neonatologia decorreu num serviço de neonatologia de um hospital central da Região Norte do país, tendo como tutora uma EEESIP. O estágio decorreu no Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE no Porto. Este serviço tem alocado 25 enfermeiros, 18 médicos e 5 auxiliares.

Pretendi direcionar os objetivos deste estágio para uma área mais específica e que se prende com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, nomeadamente a segurança do utente pediátrico, que constitui tema do meu trabalho de investigação. Como é meu apanágio, durante o estágio, a prática de cuidados de excelência esteve sempre presente, até porque era difícil separar o papel de aluno e o de profissional. A experiência na área de neonatologia acabou por me facilitar a prestação de cuidados, estes agora realizados com mais rigor e espírito crítico e baseados em evidência científica. Mais uma vez a parceria de cuidados foi a pedra basilar da *praxis*. Sendo a neonatologia uma área específica e um local repleto de máquinas, nunca nos podemos esquecer que é necessário adequar a tecnologia às relações humanas e questões éticas. Quando acontece um nascimento e, por alguma razão, esse novo ser é separado da mãe/pai, toda uma estrutura familiar é abalada. Por esse motivo, todos os nossos cuidados têm de ser prestados não só ao RN, mas também aos familiares diretos, designadamente aos pais.

Em neonatologia, as necessidades de saúde e risco de complicações são tão maiores, quanto maior for a prematuridade do recém-nascido (RN), que leva à sua hospitalização numa unidade de cuidados intensivos neonatais, sendo que estas unidades têm evoluído para se poder prestar cuidados de saúde centrados na família e no apoio ao desenvolvimento do RN, promovendo a relação RN/pais, profissionais de saúde/família e atendendo às necessidades neurobiológicas do RN. Neste contexto, o enfermeiro desempenha um papel crucial no processo de vinculação, na promoção do contato corporal, na colaboração dos pais nos cuidados ao RN, bem como no apoio às competências do seu filho (Ramos et al., 2020).

Durante o estágio mantive uma relação profissional e de entreajuda com os restantes colegas do serviço, relação já habitual na prática diária. Os cuidados prestados foram baseados na evidência científica e na experiência profissional. Assegurei sempre a confidencialidade e a segurança das informações a que tive acesso.

Enquanto futuro EEESIP, pretendi desenvolver uma capacidade reflexiva, capaz de mobilizar a informação científica, técnica, e relacional baseada na prática. Consciente de que o enfermeiro tem um papel fulcral e deverá ter a competência para prestar cuidados seguros

e diferenciados ao RN/família, fui sempre sensível ao envolvimento dos pais nos cuidados à criança, colocando “a sua tónica no desenvolvimento do processo de parceria com os mesmos, a qual requer uma interação integral com a família de forma a proporcionar as condições favorecedoras de um desenvolvimento global da criança” (Mendes & Martins, 2012, p.114). Este modelo desenvolvido por Anne Casey, que segui durante todo o estágio, centra-se, segundo os mesmos autores, nas respostas às necessidades da criança enquanto membro efetivo duma família, reconhecendo e valorizando os pais como os principais prestadores de cuidados ao ser vulnerável que é a criança. Este Modelo foi muito importante uma vez que prestei cuidados a RN prematuros de 26 semanas com Restrição de Crescimento Fetal (RCF) e a RN com intubação mecânica invasiva.

A RCF diz respeito “a todo o feto que não atinge o potencial de crescimento geneticamente determinado para a sua idade gestacional” (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018, p. 1). Ainda em conformidade com a mesma entidade, trata-se de “uma alteração dinâmica do crescimento e pode ser devida a fatores maternos, fetais, placentários, ambientais ou a uma interação dos mesmos, sendo o seu diagnóstico complexo e idealmente baseado na avaliação ecográfica seriada da gestação, com registo da velocidade de crescimento fetal” (p. 1). A abordagem inicial do RN com RCF é sobretudo de “suporte e focada na prevenção ou avaliação e tratamento de qualquer complicação associada. Nos RN nos quais nenhuma causa é inicialmente identificada, uma avaliação ou investigação posterior poderá ser considerada após a sua estabilização” (p. 7). A avaliação pós-natal do RN com RCF abrange: “a) avaliação clínica e exame físico, b) antropometria, c) avaliação do índice ponderal, d) outros marcadores do estado nutricional do RN (nomeadamente, o perímetro braquial e a razão perímetro braquial/ perímetro cefálico” (p. 9). A prematuridade e resultantes complicações promovem fatores de risco associados à RCF, designadamente: “maior risco de hipotermia, instabilidade metabólica, hiperbilirrubinémia, dificuldades alimentares, síndrome de dificuldade respiratória, risco infeccioso e de sépsis, alterações no desenvolvimento neurocomportamental e aumento de taxa de reinternamento e consultas médicas de seguimento” (p. 11). Ainda que os RN prematuros rondem apenas os 5%/10% dos nascimentos, “representam mais de dois terços das mortes neonatais (35%/60% se idade gestacional inferior a 32 semanas)”, sendo um importante desafio para os sistemas de saúde, pela necessidade de cuidados altamente especializados (Silva et al., 2018, p. 649).

No caso experienciado com um RN com intubação mecânica invasiva, a presença do enfermeiro foi extremamente importante, cujos cuidados compreenderam a verificação dos sinais vitais, nomeadamente a saturação, a frequência cardíaca e a temperatura, bem como a observação da posição da cânula oro traqueal e das sondas, de modo a que se pudesse

certificar que o RN não estava extubado. Também a higiene da mucosa oral foi um dos principais cuidados dispensados, na medida em que é imperioso prevenir a colonização bacteriana da orofaringe, dado que é um fator de risco para a pneumonia associada à ventilação. Atendemos ainda ao manuseio mínimo do RN e manutenção do conforto durante a sua permanência na neonatologia.

Tive também a oportunidade de prestar cuidados a um RN com uma cardiopatia complexa, tendo havido a necessidade de o mesmo ir ao bloco operatório, para fazer uma transposição das grandes artérias, interrupção dos vasos. Foi de minha competência levá-lo ao bloco e depois ir buscá-lo. A transposição das grandes artérias consiste numa “cardiopatia cianótica rara, caracterizada por discordância ventrículo-arterial e concordância aurículo-ventricular”. Refere-se a “uma das malformações cardíacas mais difíceis de detetar no período fetal, pelo que apresenta uma taxa de diagnóstico pré-natal de cerca de 50%. Em RN sem diagnóstico pré-natal, deve suspeitar-se de transposição das grandes artérias quando existe cianose” (Marques, 2019, p. 6). Segundo a mesma autora, os fatores específicos do desenvolvimento cardíaco que resultam em discordância ventrículo-arterial na transposição das grandes artérias não estão ainda totalmente conhecidos. O seu tratamento inicial tem como finalidade a estabilização da função cardíaca e pulmonar, assegurar a troca de sangue apropriada “entre a circulação sistémica e a circulação pulmonar”, “assegurar uma oxigenação sistémica adequada e corrigir a acidose metabólica”. Depois do nascimento, “deve realizar-se uma infusão de prostaglandinas em todas as crianças com diagnóstico de transposição das grandes artérias” (Marques, 2019, p. 16). Assisti também ao fecho do tórax do mesmo RN onde o cirurgião cardiorácico realizou o procedimento dentro da unidade.

Outra atividade desenvolvida consistiu na prestação de cuidados a um RN com o cólon em fundo cego, uma malformação congénita. No RN, a presença de polidrâmnio materno, resíduo gástrico aumentado, vômitos biliosos, distensão abdominal e alteração na eliminação de mecónio são sugestivas de doença obstrutiva cirúrgica abdominal. O cuidado a estes RN envolve muitos aspetos, desde o diagnóstico precoce, a cirurgia em tempo adequado e tratamento pós-cirúrgico com prolongado acompanhamento clínico, incluindo apoio psicológico aos pais (Santos et al., 2012).

Tive a oportunidade de desenvolver a técnica Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento (Newborn Individualized Developmental Care and Assesment Program, NIDCAP), sendo o Centro Hospitalar de São João o primeiro e único centro de formação. Este programa foi criado para reduzir o impacto negativo do ambiente de cuidados intensivos neonatais no RN prematuro. A observação detalhada do comportamento

do RN parece ser o melhor guia para os enfermeiros promoverem de forma contínua cuidados individualizados de suporte adaptados ao seu desenvolvimento. Em 2014, o Centro Hospitalar de São João inaugurou o Centro de Formação do Serviço de Neonatologia. Este foi o primeiro centro português integrado na rede NIDCAP. Este programa permite a aprendizagem específica da observação e avaliação do desenvolvimento dos RN prematuros e em risco, sendo um dos seus objetivos fundamentais fornecer um apoio à formação dos profissionais das unidades de cuidados intensivos neonatais, possibilitando, assim, cuidados numa perspetiva individualizada, centrada na família e no desenvolvimento neurocomportamental do RN prematuro. Assim pude realizar observações comportamentais pormenorizadas do RN, tornando-se num guia para prestar cuidados contínuos de apoio ao desenvolvimento, adaptados individualmente. As observações comportamentais detalhadas conduziram à formulação dinâmica abrangente denominada teoria sinativa do desenvolvimento, que está ancorada em princípios sólidos de desenvolvimento. Por sua vez, fornece um quadro para o estudo disciplinado e sistemático dos subsistemas comportamentais dos RN na sua interação contínua em ambientes físicos e sociais. A integração da abordagem e da estrutura do NIDCAP nos cuidados intensivos neonatais reduz as complicações iatrogénicas dos cuidados tanto para os RN como para os pais e próprios profissionais de saúde e, por sua vez, aumenta a competência do bebé, a confiança dos pais e a satisfação dos enfermeiros. O modelo de cuidados NIDCAP, baseado na teoria e na evidência, envolve formação e educação formais e requer um compromisso multidisciplinar de autodefinição e crescimento, bem como de mudança de sistemas no hospital e na comunidade. A formação consiste numa série de sessões de trabalho individuais ou em pares com um formador certificado do NIDCAP, que se concretizam através de uma extensa prática neurocomportamental independente, estudo e observações. Cada relatório clínico baseado numa observação detalhada do RN interpreta o significado do comportamento observado no contexto da sua evolução e de desenvolvimento, atual e histórica, dos desejos, preocupações e desenvolvimento da família, bem como das competências de cuidados e interação social do pessoal e do ambiente físico hospitalar, que se repercutem continuamente no RN, tanto a nível proximal como distal.

Assisti ao curso de NEOSPOT 2023, no Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE que decorreu entre 29 de maio a 2 de junho de 2023. Foi organizado pelo Serviço de Neonatologia, tendo como temática: 1. NEOSPOT; Essencial em Neonatologia; Reanimação Neonatal e Formação NIDCAP – FINE.

A prevenção do risco de infeção foi uma constante, inserida na segurança do utente pediátrico, tendo-me levado à realização de um trabalho, onde inclui uma mensagem para as mães e pais sobre o não uso do telemóvel na unidade do RN. A segurança e a qualidade dos

cuidados prestados ao RN são fenómenos dinâmicos e complexos, o que requer formação contínua para que se possam garantir cuidados de qualidade. A segurança dos utentes pediátricos, á semelhança dos utentes de outras faixas etárias, consiste em minimizar ao máximo o risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde. Os sistemas de segurança nas organizações de saúde procuram prevenir danos aos doentes, às suas famílias e aos profissionais de saúde e muitas outras pessoas cujas atividades os trazem para um ambiente de cuidados de saúde. A segurança é um indicador da qualidade, que inclui não só precaver danos evitáveis, mas também disponibilizar cuidados adequados, prestando serviços eficazes àqueles que deles podem beneficiar e não prestando serviços ineficazes ou prejudiciais. A segurança do doente é o produto de muitas partes inter-relacionadas do sistema de saúde que mudam com o tempo, pelo que os esforços para melhorar a segurança também precisam de evoluir e modernizar-se para prevenir os riscos emergentes. Uma mudança importante é que os registos e a infraestrutura de dados necessários, para apoiar as melhorias e a avaliação da segurança, são cada vez mais facilitadas graças á evolução das tecnologias digitais. Continuar a reduzir os danos e salvar vidas requer um olhar mais atento (Flott et al., 2021), o que se constitui um dever ético e ao qual sempre procurei obedecer.

Durante o estágio mantive uma relação empática e de parceria de cuidados com o familiar que acompanhava o RN (pai/mãe), motivando-os a participar em todo o processo de cuidar. A teoria de Anne Casey, já abordada anteriormente, aplica-se totalmente nos cuidados em neonatologia, já que defende que as melhores pessoas para cuidar da criança são os membros da família, com assistência de profissionais de saúde. É baseado nesta premissa que se promove o empoderar os pais para que o RN possa usufruir da continuação dos melhores cuidados para o seu desenvolvimento, mesmo após a alta clínica, e esse trabalho é realizado continuamente, desde a admissão do neonato na unidade até ao dia da sua saída para o domicílio. Assim realizei ensinamentos adaptados à etapa de desenvolvimento e efetuei os registos dos mesmos. Estes ensinamentos incidiram na amamentação, segurança, higiene, sono e repouso e outros considerados pertinentes e adaptados às necessidades da família. Todas as intervenções foram registadas no programa informático SClinico, atividade onde não tive qualquer dificuldade, pois é prática habitual no meu local de trabalho o registo naquele formato.

Os cuidados especializados a RN prematuros ou em estado crítico é uma área que me dá especial prazer trabalhar e desenvolver competências. É verdade que, devido ao facto de estas situações não serem muito habituais na unidade, acabamos por perder alguma prática, mas tenho a preocupação de, periodicamente, procurar atualizar-me com informação recente

e rever protocolos que me permitam atuar da forma mais correta. Independentemente da especificidade desta situação, cuidar de um RN, principalmente um RN doente ou prematuro é sempre uma situação complexa e exigente, principalmente para os familiares que o acompanham, sendo fundamental desenvolver estratégias para que consigam manter a estabilidade emocional e o envolvimento necessário para o bem-estar do RN. Tentei sempre manter uma comunicação eficaz com assertividade, empatia e escuta ativa. É fundamental que as mães se sintam apoiadas e integradas nos cuidados aos seus filhos para que os mesmos sejam eficazes e a estadia no hospital o menos angustiante possível. Desenvolver técnicas que aproximem a díade mãe/filho ajuda neste processo. No serviço de neonatologia é estimulado este envolvimento através da utilização de várias técnicas, entre elas, o método canguru.

Posso assim afirmar, que desenvolvi competências específicas do EEESIP, ou seja, cuidei do RN e família em situações de especial complexidade e na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança. De igual modo, desenvolvi competências comuns ao Enfermeiro Especialista, o que implicou zelar por uma conduta profissional e ética ao nível da minha prática e como membro de uma equipa. Geri respostas adaptadas e individualizadas e a nível organizacional. Maximizei o processo de cuidados e tomada de decisão, para promover e assegurar um ambiente terapêutico e seguro, bem como mobilizei conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade, tendo sempre como base as melhores e mais recentes evidências científicas, para poder prestar cuidados seguros e competentes aos RN/família.

Tudo o que vivenciei, as aprendizagens e os conhecimentos desenvolvidos assumiram-se como atributos de competências especializadas para a minha futura prática profissional. Estas características e atributos permitir-me-ão uma prática de enfermagem segura e de elevada qualidade. Como defende a American Association of Colleges of Nursing (2021), os atributos que definem a competência na prática de enfermagem são o conhecimento, a autoavaliação e o estado dinâmico. Os antecedentes da competência na prática de enfermagem são a educação, os conhecimentos, as aptidões e as capacidades, os padrões de ações ou comportamentos, as atitudes positivas e a responsabilidade pela aplicação dos conhecimentos.

Por fim quero deixar registado que a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica compreende que as crianças não são pequenos adultos, que as suas necessidades são únicas e importantes e que não há trabalho mais importante do que a proteção das gerações futuras. Desde os cuidados de saúde primários, cuidados pediátricos e neonatais, entre

outros, os enfermeiros são a espinha dorsal das equipas de saúde. Este percurso ajudou-me a perceber que cada vez há maior exigência de cuidados, pelo que a formação e a reconstrução das conceções teóricas, a reflexão sobre a prática e a partilha de experiências profissionais são importantes, e constituem um desiderato que desejo prosseguir.

Parte II - Investigação

2. Enquadramento Teórico e Justificação

Os sistemas de segurança nas organizações de saúde procuram prevenir danos aos doentes, às suas famílias e aos profissionais de saúde e muitas outras pessoas cujas atividades os trazem para um ambiente de cuidados de saúde. A segurança é um indicador da qualidade, que inclui não só precaver danos evitáveis, mas também disponibilizar cuidados adequados, prestando serviços eficazes àqueles que deles poderiam beneficiar e não prestando serviços ineficazes ou prejudiciais (Tocco et al., 2021). Dado o vasto impacto dos danos associados aos cuidados de saúde, a sua prevenção deve ser uma prioridade máxima para os sistemas de saúde nacionais e locais. A criação de uma cultura de segurança nas organizações de cuidados de saúde tem sido reconhecida como uma estratégia fundamental para garantir a segurança dos doentes, reduzir os danos e melhorar a qualidade dos cuidados (Tocco et al., 2021).

No ano de 2000, o Institute of Medicine (IOM, 2000) publicou *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Este relatório lançou um enfoque mundial na segurança dos doentes. As duas décadas seguintes assistiram a duas grandes tendências, deteção e prevenção, ou seja, sistemas melhorados de deteção de danos associados aos cuidados, a par de progressos reais na redução da frequência de tais danos.

Em primeiro lugar, os sistemas de deteção de danos associados aos cuidados de saúde melhoraram ao longo do tempo. As suas taxas participadas aumentaram de forma constante. Por exemplo, os dois principais estudos citados em *To Err Is Human*, que colocaram a mortalidade associada a cuidados entre 44.000 e 98.000 mortes evitáveis todos os anos, estimaram que 2,9% (Thomas et al., 2000) e 3,7% (Brennan et al., 1991), respetivamente, de todos os doentes hospitalizados sofreram pelo menos um dano associado aos cuidados durante a sua estadia hospitalar. Até 2011, métodos de deteção de eventos mais sensíveis recentemente desenvolvidos descobriram que 33,2% de todos os doentes sofreram pelo menos um dano significativo associado aos cuidados durante a sua hospitalização (Classen et al., 2011). Em maio de 2022, ao avaliar os registos clínicos dos doentes hospitalizados durante outubro de 2018, o Department of Health and Human Services (DHHS) e o Office of Inspector General (OIG) registaram, independentemente, que 25% dos doentes internados no Medicare tinham sofrido danos associados aos cuidados de saúde (eventos adversos e/ou eventos de danos temporários) durante o seu internamento hospitalar (Grimm, 2021).

Mais recentemente, a nível mundial, num cenário de sistemas de saúde frágeis, a “onda” esmagadora da pandemia por COVID-19 foi um teste de stresse para os sistemas de prestação de cuidados de saúde. Nesse cenário, a segurança do doente representou ainda mais uma preocupação (Galvin, 2021). A segurança dos doentes nos hospitais e sistemas de saúde pode ser assegurada de várias maneiras, uma das quais é assegurar um controlo adequado das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). No período pré-pandémico, apenas os profissionais de saúde estavam preocupados com questões de controlo de IACS, não era uma preocupação para a maioria dos doentes. Contudo, a pandemia ensinou muito a todos – o distanciamento social, uso de equipamentos de proteção individual (EPI), frequente higienização das mãos, entre outros exemplos.

A segurança do doente é o produto de muitas partes inter-relacionadas do sistema de saúde que mudam com o tempo, pelo que os esforços para melhorar a segurança também precisam de evoluir e modernizar-se para prevenir os riscos emergentes. Uma mudança importante é que os registos e a infraestrutura de dados necessários, para apoiar as melhorias e a avaliação da segurança, são cada vez mais facilitados por ou dependentes das tecnologias digitais. Continuar a reduzir os danos e salvar vidas requer um olhar mais atento (Flott et al., 2021).

Em 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o documento “Zero Danos: um compromisso para a segurança do doente em todo o mundo”, sublinhando a importância da educação e formação na promoção da segurança do doente no sector da saúde. Este documento realça a necessidade de uma cultura global de segurança, através de medidas preventivas, monitorização e aprendizagem contínua. A OMS defende a oferta de educação e formação a todos os profissionais de saúde, e sugere medidas como políticas e estratégias específicas, práticas baseadas em evidências, envolvimento dos doentes nos cuidados e promoção de transparência e responsabilidade. A monitorização e reporte de eventos adversos são essenciais para a melhoria contínua dos sistemas de saúde a nível mundial (OMS, 2021).

A lei determina que, entre outros, as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde. Também o sistema nacional de saúde, na sua atuação, deve ser pautado por vários princípios, sendo um deles o da qualidade, com base na evidência, realizados de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa (Portugal, Diário da República n.º 187/2021, p. 96). Como

preconizado, no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, tem de se “dar a devida e atual relevância à qualidade e à segurança na saúde, no sistema de saúde, nomeadamente, no SNS”, atendendo a que a “ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos”. Assim sendo, tem de se dar mais visibilidade à “implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável. É reconhecida internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde” (Portugal, Diário da República n.º 187/2021, p. 96). Ainda de acordo com o mesmo documento legal, o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da Organização Mundial de Saúde reforça a imprescindibilidade de se evidenciar, “na agenda das políticas de saúde, a importância da segurança do doente, pretendendo assumir o princípio orientador de todos os planos nacionais, desenvolvidos e a desenvolver neste âmbito” (Portugal, Diário da República n.º 187/2021, p. 97).

Tendo em conta tudo o que foi referido anteriormente, assumiu-se como indispensável a necessidade de enriquecer o corpo de conhecimentos de Enfermagem no domínio da segurança do doente. A Ordem dos Enfermeiros, no seu Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho de 2022 (Portugal, Diário da República n.º 131/2022, p. 169) define o ato do enfermeiro e refere que

“Enquanto disciplina, a evolução da enfermagem como ciência e o número crescente e diversificado de áreas de investigação a ela associadas têm contribuído para que, globalmente, os enfermeiros possuam um maior grau de diferenciação, a que corresponde um corpo científico próprio e autónomo, contribuindo para que, também na prestação de cuidados e funcionamento dos serviços de saúde, tenham um maior reconhecimento e assumam novas e mais complexas responsabilidades”.

Assim sendo, e em conformidade com a mesma fonte supracitada,

“Enfermagem enquanto profissão tem evoluído no sentido de responder às progressivas necessidades de cuidados e dos diferentes contextos de atuação, assumindo uma complexificação crescente de conhecimentos, práticas e locais de trabalho, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo do enfermeiro e do enfermeiro especialista e enquanto elemento da equipa multidisciplinar e multiprofissional de saúde”.

A prática baseada em evidências é amplamente reconhecida na atualidade como a chave para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e os resultados de saúde a quem prestamos cuidados, neste caso ao utente pediátrico e sua família.

Embora a segurança dos doentes seja apenas um dos seis domínios da qualidade dos cuidados de saúde definidos pela Academia Nacional de Medicina, antigo Instituto de Medicina, é, sem dúvida, um dos mais importantes. Existem preocupações reais e crescentes em relação a erros pediátricos e danos relatados relacionados a populações específicas, bem como questões que abrangem todas as populações, como erros de diagnóstico em ambientes ambulatoriais e hospitalares e erros de tecnologia da informação na prescrição (Mueller et al., 2019). Os enfermeiros que exercem em contexto de pediatria, em todos os ambientes da prática, podem ajudar a defender o conceito de que a segurança do doente significa prevenir lesões em utentes pediátricos causadas não apenas por acidentes da vida, mas também diretamente pelo sistema de saúde. Os utentes pediátricos correm maior risco de erros de medicação do que os adultos devido ao desenvolvimento infantil, demografia, dependência dos pais e dos profissionais de saúde e devido à diferente epidemiologia das condições médicas. Os erros na prescrição, dispensa e administração de medicamentos representam uma parte substancial dos erros médicos evitáveis em crianças, apesar da prescrição eletrónica (Khan et al., 2016).

Mas para que exista uma cultura e um clima de segurança do utente pediátrico é importante que os profissionais de saúde, no caso concreto os enfermeiros, possuam uma cultura de confiança, aprendizagem e responsabilidade. O desenvolvimento e o reforço da formação dos profissionais de saúde relativamente à segurança do doente, bem como o reforço das competências, conhecimentos e comportamentos de segurança conexos, contribuem para a criação de ambientes de cuidados de saúde mais seguros (López-Hernández et al., 2020). As atitudes são a base de uma cultura e de um clima de segurança adequados e os conhecimentos, as competências e os comportamentos são construídos com base nelas e permitem a compreensão e a adesão às diretrizes de segurança do doente. Neste cenário, a OMS apoiou a introdução do conceito de cultura de segurança durante a formação dos futuros profissionais de saúde (Alwhaibi et al., 2020).

A segurança do doente, tal como se tem vindo a reiterar, é uma questão de preocupação global, o que tem levado ultimamente a que as organizações de cuidados de saúde professem mais atenção à importância de estabelecer uma cultura de segurança. Para tal, é urgente a promoção de mais formação aos enfermeiros, dotando-os de visão crítica e conhecimentos necessários na área, o que se traduzirá igualmente numa oportunidade para estes ficarem mais conscientes, lembrando-se, ao mesmo tempo, das suas obrigações éticas em matéria de segurança do utente pediátrico, um indicador de qualidade dos sistemas de saúde (Šidlauskienė et al., 2022).

As instituições de saúde contemporâneas enfrentam um duplo desafio: prestar cuidados de saúde de ponta e manter uma força de trabalho saudável e eficaz para prestar um serviço de elevada qualidade aos doentes. Assim, garantir a segurança dos utentes pediátricos e o bem-estar de todos os envolvidos no cuidar são objetivos igualmente importantes para as instituições de saúde (Lu et al., 2022). As organizações de saúde com uma forte cultura de segurança caracterizam-se por boas relações entre os profissionais de saúde, confiança mútua e um entendimento comum da importância da segurança dos doentes e da eficácia das medidas preventivas. Neste sentido a literacia em segurança dos utentes pediátricos é um fator chave para a implementação e garantia de uma cultura de segurança. O reforço da literacia na área é reconhecido como crucial para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, pois os enfermeiros, mais concretamente, devem ter um efetivo conhecimento do potencial de eventos adversos associados ao seu trabalho e compreenderem a necessidade de falar sobre eles e encontrar soluções (Šidlauskienė et al., 2022).

Num estudo realizado em dois hospitais pediátricos, em 1120 admissões registaram-se 616 erros de medicação (5,7%), com registo de outros eventos adversos, sobretudo, em cirurgias, pois cada cirurgia envolve riscos e potenciais complicações, quer conhecidas, quer inesperadas. Os erros médicos podem ser reduzidos se existirem normas claras de cuidados. No entanto, é evidente que não existem duas cirurgias idênticas; por conseguinte, todos os erros cirúrgicos e a causa subjacente do erro têm o potencial de ser único (Luca & Morabito, 2021).

Predebon et al. (2016) realizaram um estudo no qual traçaram o perfil das notificações realizadas nas unidades pediátricas de um hospital público universitário do sul do Brasil, tendo sido identificadas 40 notificações num só ano, sendo 32% de categoria leves, 55% moderadas, 5% graves e 8% em decorrência de fatores não relacionados com os cuidados prestados. Quanto ao tipo, os dados indicaram que 40% dos incidentes adversos estavam associados a medicações, 22% a alergias causadas por pulseiras de identificação/risco de quedas, 13% a conduta de deixar a criança em jejum desnecessariamente, 10% a outras queixas, 5% ao acesso venoso e condutas, 3% a falhas na identificação do utente pediátrico e 2% a fatores administrativos, indicando que o ambiente de internamento pediátrico apresenta situações de risco e incidentes de segurança, com maior ocorrência dos relacionados com as medicações e alergias devido ao uso de pulseiras. A corroborar, a Joint Commission (2021) documenta que os erros associados a medicamentos são o tipo mais comum de erro médico e são uma causa significativa de eventos adversos evitáveis. Os especialistas concordam que os erros de medicação têm o potencial de causar danos na

população pediátrica a uma taxa mais elevada do que na população adulta. Por exemplo, os erros de dosagem de medicamentos são mais comuns em pediatria do que em adultos, devido aos cálculos de dosagem baseados no peso, à dosagem fracionada e à necessidade de pontos decimais.

As crianças são mais suscetíveis a erros de medicação e aos danos daí resultantes devido a vários fatores, tais como a maioria dos medicamentos utilizados no tratamento de crianças ser formulada e embalada principalmente para adultos. Por conseguinte, os medicamentos têm frequentemente de ser preparados em diferentes volumes ou concentrações no contexto dos cuidados de saúde antes de serem administrados a crianças. A necessidade de alterar a dosagem original do medicamento original requer uma série de cálculos e tarefas específicas para a pediatria, cada uma delas aumenta significativamente a possibilidade de erro. Outro fator prende-se com a maioria dos contextos de prestação de cuidados de ser é construída principalmente em torno das necessidades dos adultos. Muitos ambientes carecem de pessoal treinado e orientado para os cuidados pediátricos, protocolos de cuidados pediátricos e salvaguardas e/ou materiais de referência pediátricos atualizados e de fácil acesso, especialmente no que diz respeito a medicamentos. Também os serviços de urgência serem ambientes particularmente propensos a riscos para crianças, as crianças mais pequenas serem geralmente menos capazes de tolerar fisiologicamente um erro de medicação devido ao desenvolvimento das funções renal, imunitária e hepática e ainda muitas crianças, especialmente as muito pequenas, não conseguem comunicar eficazmente aos profissionais de saúde sobre quaisquer efeitos adversos que os medicamentos possam estar a causar (Joint Commission, 2021).

O Institute for Safe Medication Practices efetuou uma análise de dados sobre erros de medicação relatados à Autoridade de Segurança do Doente da Pensilvânia de janeiro de 2013 a outubro de 2014. Durante esse período, 4.065 erros de medicação envolveram doentes pediátricos num hospital geral de cuidados agudos não especializado em pediatria e quase 18% dos eventos relatados exigiram monitorização adicional para evitar danos ou causar danos reais (Grissiger, 2015). Neste sentido, os enfermeiros que exercem em pediatria devem servir como defensores das melhores práticas e políticas, com o objetivo de atender aos riscos/eventos adversos que são exclusivos das crianças, identificar, apoiar uma cultura de segurança e liderar os esforços para eliminar danos evitáveis em qualquer ambiente em que sejam prestados cuidados de saúde às crianças/adolescente (Joint Commission, 2021).

A Organização Mundial de Saúde considera a segurança dos doentes uma preocupação endémica. Manter os doentes seguros é visto como um problema de saúde pública global e uma questão de direitos humanos. Um ambiente em que a cultura de segurança prevaleça é considerado o maior preditor para a melhoria da segurança dos doentes. Os esforços proativos para identificar, prevenir e eliminar erros têm o potencial de melhorar significativamente a segurança (Systems Approach, 2019).

Face a esta realidade e pelo interesse em conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente pediátrico na unidade de saúde onde exercemos a nossa atividade profissional, optou-se por realizar um estudo qualitativo do tipo fenomenológico orientado pelos princípios de Van Manen (1990). A finalidade deste estudo consiste é contribuir para a consciencialização dos enfermeiros para a melhoria da segurança do doente pediátrico, em prol da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

3. Metodologia

3.1. Tipo de estudo

O presente estudo é qualitativo do tipo fenomenológico tendo em conta os princípios de Max Manen (1984). A opção por um estudo qualitativo deve-se ao facto de mesmo proporcionar uma melhor “compreensão, significado e ação” (Coutinho, 2021, p. 17). De acordo com a mesma autora, esta metodologia possibilita que os dados alcançados sejam analisados de forma indutiva através de técnicas próprias e rigorosas e, posteriormente, organizados para responder às questões da investigação. Neste pressuposto, o objetivo da investigação qualitativa consiste no desenvolvimento da compreensão de fenómenos que inquietam a Enfermagem. Optou-se igualmente pela abordagem de Max Manen, conhecido por ter desenvolvido uma abordagem fenomenológica hermenêutica da investigação em ciências humanas. De acordo com Van Manen (1984, p. 37), a fenomenologia é o estudo da experiência vivida ou do “mundo da vida”, isto é, “o mundo tal como o experimentamos imediatamente e não como o conceptualizamos, categorizamos ou teorizamos”. As perguntas típicas da investigação fenomenológica são formuladas da seguinte forma: “Como é esta experiência vivida?” ou “Como compreendemos ou tomamos consciência do(s) significado(s) primordial(ais) desta experiência?” (Van Manen 2017a, p. 776). O objetivo de uma investigação fenomenológica é alcançar “percepções significativas”, que são obtidas através do envolvimento na redução “praticada como um questionamento constante”, e que são caracterizadas como não conceptuais (Van Manen, 2017b, p. 819). Apresenta a noção de “inceptualidade”, referindo-se a Heidegger e esclarece que esta pode chegar ao investigador “como uma dádiva, uma graça” ou, por outras palavras, um acontecimento que não podia “planear nem prever” (Van Manen, 2017b, p. 823). De acordo com Van Manen (1984), a utilização da experiência pessoal é o ponto de partida de uma investigação fenomenológica; no entanto, podem ser considerados outros tipos de material, incluindo experiências de outras pessoas, biografias ou histórias de vida reconstruídas, bem como fontes artísticas e literárias que contenham descrições experienciais. A análise deste material requer uma análise temática, que consiste em determinar as “estruturas experienciais que constituem” a experiência investigada (Van Manen 1984, p. 59). O investigador tem de produzir um texto descritivo em que um fenómeno é descrito “através da arte de escrever e reescrever” (Van Manen 1990, p. 30), o que é crucial porque “os conhecimentos fenomenológicos mais profundos só podem surgir” através destas atividades (Van Manen 2017b, p. 823).

O mesmo autor expôs a sua abordagem fenomenológica através de seis passos/atividades em interação dinâmica hermenêutica para o campo da investigação, nomeadamente:

“1. Voltar-se para a natureza da experiência vivida; 2. Investigar a experiência como a vivemos; 3. Reflexão fenomenológica hermenêutica; 4. Escrita fenomenológica hermenêutica; 5. Manter uma relação forte e orientada; 6. Equilibrar o contexto da pesquisa tendo em conta as partes e o todo” (Van Manen, 1990, p. 202).

Estes seis passos/atividades funcionam num processo com uma certa ordem tácita na sua exposição. Todavia, o mesmo autor salienta que cada investigador pode trabalhar em diversos aspetos no decorrer da investigação de forma intervalada ou em simultâneo, dado que “os passos/atividades estão numa interação dinâmica” (p. 202).

3.2. Questão de investigação e objetivos

Sendo a segurança do doente um tema de grande relevância e do nosso interesse, definiu-se a seguinte questão de investigação:

Q1 - Qual a perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente pediátrico?

Como tal, este estudo pretende responder à questão de investigação formulada de acordo com as propostas do método fenomenológico de Van Manen, em que deu-se voz aos enfermeiros para atribuírem um significado à segurança do doente pediátrico.

Resultante da questão enunciada, objetiva-se conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente pediátrico.

3.3. Participantes

Participaram neste estudo 9 enfermeiras, cujo critério de inclusão foi ser enfermeiro a exercer funções num serviço da área de pediatria de um centro hospitalar da Região Norte de Portugal.

Caracterização sociodemográfica das participantes

A amostra é constituída por enfermeiras, com idades compreendidas entre os 25-55 anos, possuindo, maioritariamente, o Mestrado em EESIP, com um tempo de serviço na profissão a oscilar entre os 8 anos e os 27 anos e com um tempo de serviço em pediatria entre 1 ano e 25 anos. Constatou-se que 6 enfermeiras não possuem qualquer formação pós-graduada ou formação contínua sobre segurança do doente, tendo 3 referido que possuem formação contínua (cf. tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

Participantes	Idade	Género	Habilitações profissionais	Tempo de serviço na profissão	Tempo de serviço em Pediatria	Formação pós-graduada ou formação contínua sobre segurança do doente
E1	25-35 anos	Feminino	Mestrado em EESIP	8 anos	1 ano	Não
E2	36-45 anos	Feminino	Especialidade em EESIP	18 anos	12 anos	Não
E3	25-35 anos	Feminino	Mestrado Enfermagem Reabilitação	9 anos	5 anos	Não
E4	36-45 anos	Feminino	Especialidade em EESIP	17 anos	11 anos	Formação Contínua
E5	46-55 anos	Feminino	Mestrado em EESIP	21 anos	13 anos	Não
E6	46-55 anos	Feminino	Mestrado em EESIP	26 anos	25 anos	Formação Contínua
E7	36-45 anos	Feminino	Mestrado em EESIP	18 anos	10 anos	Não
E8	46-55 anos	Feminino	Mestrado em EESIP	21 anos	11 anos	Não
E9	46-55 anos	Feminino	Mestrado em EESIP	27 anos	24 anos	Formação Contínua

Legenda: E – Entrevistada; Fonte: Elaborado pelo autor

3.4. Instrumento de recolha de dados

Como método de recolha de dados optou-se pela entrevista semiestruturada (cf. anexo I) que possibilitou explorar o fenómeno em estudo. Esta é constituída por três blocos, nomeadamente:

Bloco I - Legitimação da entrevista e garantia de confidencialidade: esclarecer o(a) entrevistado(a) sobre a temática da entrevista; indicar os objetivos da entrevista pedindo a

colaboração do entrevistado(a); garantir que as informações são confidenciais e que apenas serão utilizadas no âmbito desta investigação.

Bloco II – Caracterização dos enfermeiros: permitiu caracterizar os enfermeiros do ponto de vista sociodemográfico e profissional (idade, género, habilitações profissionais, tempo de serviço na profissão, tempo de serviço em pediatria, possuir formação pós-graduada ou formação contínua sobre segurança do doente).

Bloco III – Perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente pediátrico: com questões que permitiram conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente pediátrico (aspectos específicos a ter em conta na segurança do doente pediátrico; na unidade são tomadas medidas para a garantia da segurança do doente pediátrico; já ter algum incidente relacionado com a segurança do doente pediátrico e, caso afirmativo, como procedeu; já ter alguma experiência na qual teve um papel importante relativamente à prevenção de incidentes de segurança do doente pediátrico, se sim como procedeu; ter experiência com o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA), caso afirmativo, indicar as circunstâncias que levaram à sua utilização e referir como considera o seu funcionamento; como caracteriza a segurança do doente pediátrico da instituição/serviço; importância atribuída à formação dos profissionais nesta área; importância atribuída à equipa de gestão do risco do serviço; sugestões para a melhoria da segurança do doente pediátrico da instituição/serviço).

3.5. Procedimentos metodológicos

As entrevistas decorreram no mês de agosto de 2023 e oscilaram entre 10 minutos e 25 segundos (entrevista de menor duração) e 15 minutos e 18 segundos. A recolha de dados foi realizada pelo investigador. A amostragem foi probabilística por conveniência.

Os dados recolhidos foram gravados e após serem transcritos, foram analisados com ajuda do *software* MAXQDA 2022. Assim, efetuou-se a análise de conteúdo das entrevistas de acordo com Bardin (2016), segundo o qual, os estudos qualitativos contêm características exclusivas, especialmente aceitar que o seu âmago seja a qualificação das vivências dos participantes e as suas perceções sobre o tema em estudo. Tal como referido por Bardin (2016) permitiu trabalhar com a interpretação de fenómenos e significados, sem impor o uso de métodos estatísticos, prevalecendo a natureza descritiva, na qual o investigador consistiu

num “instrumento-chave”, demonstrando capacidade indutiva na fase da análise de dados, sendo o processo e o significado as essências dessa perspectiva, A autora caracteriza esta técnica como “um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis, em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” (conteúdos) extremamente diversificados” (Bardin, 2016, p.15). Para a autora, a análise de conteúdo possui três fases: (a) pré-análise; (b) exploração do material; (c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A categorização possibilita ao investigador realizar um estudo mais aprofundado das categorias, as quais se relacionam com os objetivos (Bardin, 2016, p.119). O processo descrito diz respeito a uma visão interpretativa da realidade do ponto de vista dos entrevistados, o que possibilitou conhecer a percepção sobre a segurança do doente pediátrico a partir do discurso declarado pelos mesmos.

3.6. Procedimentos éticos

Qualquer investigação científica consiste numa atividade humana que imputa “grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes” (Nunes, 2013, p. 5), como tal,

“relewa-se a importância da investigação em enfermagem - e, se se considera os princípios éticos gerais se lhe aplicam, mais se amplia pois, que, mercê do posicionamento como ciência humana, os enfermeiros têm preocupações adicionais com o bem-estar dos sujeitos dos estudos e com o respeito pelos direitos e integralidade das pessoas” (p. 5).

Tendo por base estes pressupostos, na nossa investigação, seguimos estratégias de modo a adotar os princípios éticos requisitados por qualquer trabalho de investigação, prevalecendo o respeito, proteção dos direitos da pessoa, anonimato, privacidade, confidencialidade e justiça, assegurando que toda a informação recolhida foi tratada com base nestes princípios (Nunes, 2013, pp. 6-7).

Deste modo, fez-se um pedido de autorização à Comissão de Centro Hospitalar onde decorreu a investigação, tendo sido obtido parecer favorável em 14/04/2023 (cf. Anexo I). Contudo, foi essencial manter presente a informação de que qualquer enfermeiro tinha o poder de decisão face à sua participação. Desta forma, o consentimento informado e esclarecido da participação livre no estudo (cf. Anexo II), bem como os objetivos do mesmo, foram devidamente assinados por cada participante selecionado, cumprindo assim, os princípios éticos exigíveis a todas as investigações. As respostas e os dados fornecidos foram codificados para preservar a sua anonimização, recorrendo-se à denominação de E (entrevistado) para cada participante e fazendo-lhe corresponder um número (E1 a E9). As

entrevistas serviram unicamente para fins de tratamento qualitativo e foram somente lidas pelo investigador, que assegurou a sua confidencialidade e assumiu a responsabilidade de as destruir após a conclusão e discussão do estudo.

4. Resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados que emergiram da análise de conteúdo das entrevistas realizadas a 9 enfermeiros que exercem funções nos serviços da área de pediatria relativamente à sua perceção sobre a segurança do doente pediátrico.

Os dados foram agrupados em categorias e indicadores sendo a primeira categoria referente aos “Aspetos específicos a ter em conta na segurança do doente pediátrico”.

Esta categoria é constituída por 12 indicadores, sendo as mais referenciadas a “Dosagem certa a administrar (medicação)”, “Via de administração correta”, “Risco de quedas”, “Vigilância do doente pediátrico”, “Proteção física, como grades de cama”, “Idade da criança” e “Peso da criança” (cf. tabela 2). A este propósito a E4 referiu: *“São vários os aspetos específicos a ter em conta na segurança do doente pediátrico, mas podemos englobar a questão dos eventos adversos, erros e incidentes na administração de medicação e também a imaturidade física e mental das crianças que poderá acrescer o risco desses mesmos eventos”*.

Tabela 2. Aspetos específicos a ter em conta na segurança do doente pediátrico

Indicadores	N	F
Doente certo	3	3
Dosagem certa a administrar (medicação)	7	15
Via de administração correta	6	10
Risco de quedas	5	5
Vigilância do doente pediátrico	5	6
Proteção física, como grades de cama	5	8
Idade da criança	5	8
Peso da criança	5	6
História clínica do doente pediátrico	2	2
Alergias	3	4
Causa de admissão ao SU/Internamento	2	3
Transporte do doente pediátrico	2	2
Imaturidade física e mental das crianças	3	4

Legenda: N – número de respondentes; F: frequência com que surgiram as referências

No que se refere à categoria 2 “Medidas tomadas na unidade para a garantia da segurança do doente pediátrico”, a mesma é formada por 9 indicadores, sendo as mais referenciadas “Cuidado redobrado na administração de terapêutica”, “Elevação das grades das camas”, “Pulseiras eletrónicas para segurança”, “Registo informático da criança”,

“Especial cuidado com o transporte em segurança quer inter ou intrahospitalar” (cf. tabela 3). Dá-se como exemplo as seguintes unidades de registo que robustecem os indicadores emergentes:

“É feita a correta identificação da criança à entrada do serviço, na triagem; é feita a confirmação da identificação com a mesma, se possível, e/ou acompanhante, sempre que é necessário fazer qualquer intervenção, cuidado, ou administração de terapêutica e tem-se especial cuidado com o transporte em segurança quer inter ou intrahospitalar (...)” (E4).

“Em SU: temos a pulseira de identificação; temos o registo informático da criança; A Administração de Terapêutica é composta por uma máquina com administração unidose, mas está disponível na SU Geral, o que nos dificulta, por vezes, o tempo de administração. Para não falar que, muitas vezes, temos o hábito que os médicos prescrevem oralmente e não fazem a prescrição no sistema (é errado, eu sei... mas é hábito muito enraizado nos médicos mais velhos). O transporte da criança é efetuado em cadeira de rodas ou na maca; contudo, para crianças pequenas o transporte é ao colo da mãe, o que não é o mais correto. Ao nível do isolamento não tem as condições, porque os acompanhantes das crianças utilizam o WC comum” (E5).

“Qualquer medicação/utensílio para administração de terapêutica a uma criança, no SU, é devidamente identificada com o nome, número de episódio de urgência e processo” (E7).

Tabela 3. Medidas tomadas na unidade para a garantia da segurança do doente pediátrico

Indicadores	N	F
Elevação das grades das camas	7	8
Pulseiras eletrónicas para segurança	7	9
Otimização das áreas comuns	2	3
Identificação da criança e/ou acompanhante à entrada - Triagem	2	2
Especial cuidado com o transporte em segurança quer inter ou intrahospitalar	5	6
Cuidado redobrado na administração de terapêutica	8	11
Registo informático da criança	6	9
Administração de terapêutica é composta por uma máquina com administração unidose	1	1
Transporte da criança é efetuado em cadeira de rodas ou na maca	2	2

Legenda: N – número de respondentes; F: frequência com que surgiram as referências

A categoria 3 denominou-se “Experiência em que teve um papel importante relativamente à prevenção de incidentes de segurança do doente pediátrico e procedimento”. Constatou-se que quase todas as participantes relataram que não tiveram qualquer incidente relacionado com a segurança do doente pediátrico, à exceção das E4 e E5, como demonstram os seus testemunhos:

“Sim, nomeadamente nos ensinamentos feitos aos acompanhantes relativamente ao transporte em cadeiras de retenção dos seus filhos, tendo explicado e exemplificado como o deveriam fazer. Muitas vezes, não o fazem corretamente” (E2).

“Sim já. Não chegou a haver dano porque consegui aperceber do erro. Vou inventar 2 nomes: Charlie Brown e Charlie Black, com idades de 6 meses e 2 anos, respetivamente. Quando chamei a criança Charlie Brown veio a triagem o Charlie Black. Claro que eu me apercebi pela idade que era outra criança. A mãe da outra criança foi trocar a fralda e, refere que não ouviu a chamada. Mas, foi porque reparei na idade e disse que não era a criança que chamei” (E5).

De igual modo, nunca experienciaram algum episódio em que tiveram um papel importante relativamente à prevenção de incidentes de segurança do doente pediátrico.

A categoria 4 é sobre a “Experiência com o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA)”. Verificou-se que nenhuma enfermeira tem experiência com o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA) em contexto de segurança do doente pediátrico. Todavia, duas delas referiram:

“Não tenho experiência, mas sei que é para notificar qualquer incidente ou evento adverso que aconteceu ou que poderia ter acontecido, mas que foi detetado atempadamente, que poderia ter colocado em causa a segurança do doente” (E4).

Neste contexto, não tenho experiência. Mas sei que o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, em Portugal, tem fomentado, ao longo dos anos, a segurança do doente no SNS, com eixos estratégicos para se alcançar melhorias em questões concretas, entre as quais a cultura de segurança, a segurança da medicação, entre outras. Em paralelo, a Direção-Geral de Saúde, ao reconhecer a relevância da notificação de incidentes de segurança, criou o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA)” (E9).

Na categoria 5 (cf. tabela 4) foi possível apresentar a percepção sobre a “Caracterização da segurança do doente pediátrico da instituição/serviço”, na qual emergiram dois indicadores, sendo a mais referenciada a classificação de “Razoável/moderada”, como se exemplifica:

“Considero razoável, contudo, ainda há aspetos a melhorar, nomeadamente, a numeração fixa dos berços/incubadoras” (E2).

“Razoável. Existem algumas lacunas estruturais no serviço que deveriam ser melhoradas, nomeadamente quadros elétricos acessíveis, tomadas elétricas não protegidas, inexistência de fraldários adequados, portas de acesso de mola e não automáticas, entre outros. A medicação deveria ser regularmente verificada pelos farmacêuticos e não pelos enfermeiros, para além de que a indústria farmacêutica deveria ter mais atenção com as embalagens - existe muita terapêutica com embalagens idênticas, mesmo tratando-se de princípios ativos completamente diferentes, o que poderá levar ao erro, principalmente em situações de emergência” (E4).

“Moderada. A nossa sorte é que a afluência não é grande e conseguimos saber onde está cada criança” (E5).

Tabela 4. Caracterização da segurança do doente pediátrico da instituição/serviço

Indicadores	N	F
Razoável/moderada	6	8
Boa	3	4

Legenda: N – número de respondentes; F: frequência com que surgiram as referências

Na categoria 6 “Importância atribuída à formação dos profissionais nesta área” constatou-se que todas as participantes atribuíram muita importância à formação dos profissionais, como se exemplifica com as seguintes unidades de registo:

“A formação em segurança do doente é muito importante, pois é um fator relevante da prestação de cuidados de saúde e da qualidade da unidade em que trabalhamos. Portanto, deve ser uma prioridade” (E1).

“Muito importante. A segurança do doente é eticamente imperativa para profissionais e também deveria ser para as organizações de saúde, já que esta contribui de forma inequívoca para a melhoria dos cuidados de saúde à criança” (E4).

“Fundamental, sendo que deveria existir mais formação interna aos profissionais” (E5).

“É muito importante, pois com formação poderemos melhorar a segurança dos doentes pediátricos e garantir a máxima qualidade dos cuidados de saúde que lhes prestamos, garantindo não só o bem-estar de cada doente e de nós próprios, como também para aumentar significativamente a eficiência global da unidade” (E8).

“A segurança do doente é o resultado tanto da eficácia do sistema de saúde como da conceção do desempenho individual de cada um de nós para minimizar o risco de danos para os doentes pediátricos devido aos cuidados que se destina a ajudá-los, o que engloba uma mudança de posição de pensar a segurança do doente como uma questão técnica ao nível da posição dos fatores relacionados com o sistema e o envolvimento de todos os profissionais de saúde. Assim, seria ideal que a instituição promovesse formação específica e periodicamente” (E9).

“Importância atribuída à equipa de gestão do risco do serviço” constitui a categoria 7 (cf. tabela 5). Registou-se que prevalecem as enfermeiras que atribuem “extrema importância” à equipa de gestão do risco do serviço, como se pode observar em alguns excertos das entrevistas:

“De extrema importância uma vez que são o elo de ligação com os restantes elementos da equipa” (E3).

“Muita importância, pois estes poderão alertar para as possíveis falhas e podem/devem introduzir mudanças que as minimizem a um risco quase nulo” (E4).

“Fundamental. É só através da análise das situações, em contexto clínico, que permite identificar as necessidades de intervenção para a prevenção do risco” (E5).

“Fundamental, porque a gestão de risco de incidentes adversos ajuda a estabelecer a cultura de segurança do ambiente, a segurança da comunicação, da medicação, a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde e o sistema de relatos de incidentes. Ajuda a equipa a ficar mais coesa e a trabalhar para a qualidade da unidade (E9).

Tabela 5. Importância atribuída à equipa de gestão do risco do serviço

Indicadores	N	F
Fundamental	8	10
Razoável	1	1

Legenda: N – número de respondentes; F: frequência com que surgiram as referências

A categoria 8 diz respeito às “sugestões para a melhoria da segurança do doente pediátrico da instituição/serviço” onde exercem funções, sendo as mais referenciadas: “Dotações seguraras, principalmente no turno da noite – risco de cuidados mínimos aquando da transferência de doentes”, “Incentivo à formação em serviço, potenciando desenvolvimento pessoal e profissional”, “A numeração fixa dos berços/incubadoras”, “Consciencialização por parte da Instituição das necessidades do doente pediátrico”, “Mais profissionais qualificados e especializados com conhecimentos específicos de forma a atuar em determinadas situações de forma mais segura e autónoma” (cf. tabela 6).

Tabela 6. Sugestões para a melhoria da segurança do doente pediátrico da instituição/serviço

Indicadores	N	F
A numeração fixa dos berços/incubadoras	3	4
Mais profissionais qualificados e especializados com conhecimentos específicos de forma a atuar em determinadas situações de forma mais segura e autónoma	2	2
Melhores instalações físicas	1	1
Dotações seguraras, principalmente no turno da noite – risco de cuidados mínimos aquando da transferência de doentes	5	7
Mudanças estruturais	1	2
Melhor articulação entre o serviço de urgência e os serviços farmacêuticos	1	1
Consciencialização por parte da Instituição das necessidades do doente pediátrico	3	4
Ter um sistema de medicação de unidose	1	2
Cadeira de transporte para lactentes e criança pequena	1	1
Incentivo à formação em serviço, potenciando desenvolvimento pessoal e profissional	4	6
Incentivo à comunicação e registo sistemático dos erros de medicação e de eventos adversos, para garantia de uma cultura de segurança do doente pediátrico.	1	1
Necessidade de se ter o real conhecimento dos mais prevalentes incidentes adversos relacionados com os cuidados de saúde ao doente pediátrico	1	1
Reforço da cultura de segurança do doente pediátrico, para se alcançar ganhos em saúde	1	1
Implementação das normas da DGS e efetiva concretização dos eixos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026	1	1

Legenda: N – número de respondentes; F: frequência com que surgiram as referências

5. Discussão

O presente estudo deu resposta à questão de investigação, tendo permitido conhecer o significado atribuído por 9 enfermeiros que exercem funções em pediatria, sobre a segurança do doente pediátrico. Constatamos que estes têm idades compreendidas entre os 25-55 anos, possuindo, maioritariamente, o Mestrado em EESIP, com um tempo de serviço na profissão a oscilar entre os 8 e os 27 anos e com um tempo de serviço em pediatria entre 1 e 25 anos. Seis participantes não possuem qualquer formação pós-graduada ou formação contínua sobre segurança do doente, com apenas 3 a referirem que possuem formação contínua. A segurança dos doentes é uma atitude fundamental, pelo que deve ser interiorizada desde cedo e reforçada ao longo da formação e do desenvolvimento profissional contínuo. A formação dos enfermeiros e os cuidados aos doentes estão indissociavelmente ligados. O Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021, que aprovou o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021 -2026) está estruturado em cinco pilares que suportam catorze objetivos estratégicos, estabelecendo “um referencial de consolidação e evolução em matéria de segurança do doente, nos quais se integram objetivos estratégicos, cujas metas são alcançadas pela implementação das ações definidas”. Segundo a EUNetPas (2014, p. 5), a educação em segurança do doente centra-se na aquisição de conhecimentos, atitudes e habilidades que suportam as alterações no comportamento para proporcionar cuidados seguros. Os princípios da segurança do doente envolvem habilidades técnicas e não técnicas. As competências profissionais - conhecimentos, capacidades/habilidades e comportamentos/attitudes - têm por base o pressuposto que todos os profissionais de saúde estão preocupados em fornecer serviços/cuidados de saúde seguros aos utentes. Neste âmbito, em Portugal, um dos objetivos estratégicos do PNSD 2021-2026 consiste em “Garantir o envolvimento dos órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições, na implementação do PNSD 2021 -2026”, o que passa pelas seguintes ações:

“a) Formulação de índice de indicadores de execução do PNSD 2021-2026, para integração nos termos de referência da contratualização de cuidados de saúde no SNS; b) Implementação de um plano de formação anual, em segurança do doente, dirigido aos profissionais de saúde das unidades prestadores de cuidados de saúde; c) Definição de tempo protegido para os profissionais de saúde envolvidos na implementação do PNSD 2021-2026 e em outras atividades no âmbito específico da segurança do doente”.

As metas a alcançar, em 2026, será que “70% das instituições hospitalares com indicadores da segurança do doente em sede de contratualização; 100% das unidades de

Cuidados de Saúde Primários com indicadores da segurança do doente em sede de contratualização” (Portugal, Diário da República n.º 187/2021, p. 100).

O outro objetivo estratégico consiste em “Consolidar a articulação das estruturas de governança da segurança do doente, a nível nacional, regional e local”, visando a “Atualização do modelo de governança das Comissões de Qualidade e Segurança”, que permitam em 2023, a “Publicação da revisão do enquadramento legal das Comissões da Qualidade e Segurança” (Portugal, Diário da República n.º 187/2021, p. 100). Sendo o seu Pilar 1: “Cultura de segurança”, de acordo com a OMS, que considera que “a cultura de segurança numa instituição de saúde corresponde ao 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” (p. 99). Deste modo, o objetivo estratégico consiste em “promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente”, através das seguintes ações:

“a) Desenvolvimento de cursos, preferencialmente *online* na área da segurança do doente e de notificação de incidentes de segurança do doente, bem como nos domínios da promoção ou reforço do envolvimento do doente, da família e do cuidador; b) Implementação de um plano de formação anual, no âmbito da segurança do doente, para os profissionais de saúde das unidades prestadoras de cuidados de saúde”.

Estas ações têm como metas, para 2026, que “95% de instituições prestadoras de cuidados de saúde com planos de formação anuais multiprofissionais na área da segurança do doente” (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021, p. 99).

Um outro objetivo estratégico consiste em “Avaliar a Cultura de Segurança”, através da “a) Atualização do modelo de Avaliação da Cultura de Segurança”, de forma a que, em 2023, ocorra a “Revisão integral do formulário de avaliação da cultura de segurança, em conjunto com as Comissões da Qualidade e Segurança, com uma meta, para 2026, de “95% das unidades prestadoras de cuidados de saúde, com implementação do questionário de Avaliação da Cultura de Segurança” (Portugal, Diário da República n.º 187/2021, p. 99).

O Pilar 2: “Liderança e governança” prevê que,

“ao priorizar, desenvolver e criar condições que permitam garantir uma cultura centrada na segurança, as lideranças e gestores conduzem a instituição para um nível em que os doentes, as famílias e os profissionais de saúde sentem confiança e abertura para discutir e antecipar as fragilidades do sistema, bem como a possibilidade de ocorrência de eventos indesejáveis, mas também, para responder de forma transparente aos desafios da complexidade inerente à prestação de cuidados de saúde” (p. 100).

Têm sido efetuados vários estudos para testar a hipótese da educação para a segurança dos doentes e o seu impacto na cultura de segurança dos doentes. Por exemplo, AbuAlRub e Abu Alhijaa (2014) realizaram um estudo quase-experimental para avaliar o impacto das intervenções educativas sobre a segurança dos doentes nas percepções de enfermeiros relativamente à cultura de segurança e revelou melhorias significativas nas pontuações positivas dos enfermeiros relativamente à frequência da comunicação de eventos (Média = 54,2% no pré-teste vs. 64,3% no pós-teste; $p=0,043$) e à resposta não punitiva aos erros (Média=16,9% vs. 26,2%; $p=0,041$).

Da análise de conteúdo das entrevistas realizadas emergiram oito categorias. Assim, no que se refere à categoria “Aspetos específicos a ter em conta na segurança do doente pediátrico”, a mesma é constituída por 12 indicadores, sendo as mais referenciadas as “Dosagem certa a administrar (medicação)”, “Via de administração correta”, “Risco de quedas”, “Vigilância do doente pediátrico”, “Proteção física, como grades de cama”, “Idade da criança” e “Peso”. Estes aspetos relatados pelas participantes corroboram as evidências de outros estudos (Predebon et al., 2016; Luca & Morabito, 2021). As crianças têm fatores de risco específicos que as tornam mais suscetíveis aos eventos adversos e que contribuem para cerca de metade dos mesmos. Estes fatores podem ajudar a compreender algumas das suas causas e referem-se às características físicas, que aumentam os eventos adversos com a terapêutica, ventilação e acessos vasculares; características desenvolvimentais, que se relacionam com eventos associados à comunicação, identificação do doente e monitorização; e o nível de dependência, que influencia a sua participação na tomada de decisão e nos cuidados (Lemon & Stockwell, 2012; Fitzsimons & Vaughan, 2015; Oliveira et al., 2022), o que foi corroborado neste estudo, de acordo com as participantes.

Nas últimas décadas, a segurança dos doentes tem sido considerada uma prioridade fundamental dos cuidados de saúde, não só devido ao reconhecimento da extensão e gravidade do problema, mas também devido à demonstração de que as intervenções bem-sucedidas podem reduzir, atenuar ou prevenir eventos adversos conhecidos, como os apontados pelas enfermeiras entrevistadas. O desafio para os enfermeiros e as organizações de cuidados de saúde, é saber como combinar, priorizar e implementar intervenções de segurança que proporcionem uma proteção eficaz, baseada em evidências relevantes, exequíveis, mensuráveis e de melhor valor contra os eventos adversos em todo o espectro de cuidados ao doente pediátrico (Joint Commission, 2021). É amplamente aceite que todos os enfermeiros têm a obrigação profissional e ética de garantir que prestam os cuidados mais seguros e de maior qualidade ao doente pediátrico. Assim, é importante não só identificar as práticas que provavelmente terão um impacto substancial na segurança do doente pediátrico,

mas também identificar outros fatores críticos que podem ser evitáveis (Fitzsimons & Vaughan, 2015).

A vulnerabilidade da população pediátrica, aliada ao contexto potencialmente stressante da hospitalização, torna as unidades de cuidados pediátricos de particular complexidade em matéria de segurança, onde existe uma probabilidade significativa de ocorrência de incidentes adversos com consequências graves (Oliveira et al., 2022). Neste sentido, e no que concerne à categoria “Medidas tomadas na unidade para a garantia da segurança do doente pediátrico na unidade”, a mesma é formada por 9 indicadores, sendo as mais referenciadas “Cuidado redobrado na administração de terapêutica”, “Elevação das grades das camas”, “Pulseiras eletrônicas para segurança”, “Registo informático da criança”, “Especial cuidado com o transporte em segurança quer inter ou intrahospitalar”. O acesso a cuidados de saúde de elevada qualidade é um direito humano essencial (Lemon & Stockwell, 2012). O direito à segurança do doente pediátrico tem sido referido em vários documentos importantes no domínio da Pediatria, como a Convenção sobre os Direitos da Criança e as Notas à Carta da Criança Hospitalizada. Apesar deste direito fundamental, vários estudos apontam para uma elevada taxa de incidência de eventos adversos em Pediatria, apesar dos dados serem limitados e variáveis em diferentes contextos hospitalares. Estima-se que cerca de 70.000 crianças por ano sofram algum tipo de dano devido a eventos relacionados com os cuidados de saúde. Está descrito que estas são mais propensas à ocorrência de um evento adverso e que as que o sofreram tiveram um internamento mais prolongado, uma maior taxa de mortalidade e resultaram numa maior carga institucional, o que reflete exatamente o impacto humano e económico deste problema (Oliveira et al., 2022).

Neste contexto, ainda que se tenha verificado que quase todas as participantes relataram que não tiveram qualquer incidente relacionado com a segurança do doente pediátrico e nunca vivenciaram alguma experiência em que tiveram um papel importante relativamente à prevenção de incidentes de segurança do doente pediátrico, deve-se apostar mais na formação dos enfermeiros para que tenham mais consciencialização sobre a importância do tema e detenham as competências necessárias, que lhes permitam atuar face a uma situação inesperada, bem como devem ter conhecimento de que a incidência dos eventos adversos relacionados com os cuidados de saúde ao doente pediátrico varia de acordo com o local onde ocorrem, com fatores subjacentes ao próprio doente e com o tipo de cuidados necessários. Fragata (2011) refere que os doentes pediátricos têm maior probabilidade de sofrer um evento adverso com elevado potencial de gravidade e que, nos cuidados intensivos, se estima que cada um sofra um a dois eventos adversos por dia, o que torna as Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos um contexto potencialmente fatal.

No que respeita à categoria “Caracterização da segurança do doente pediátrico da instituição/serviço”, emergiram dois indicadores, sendo maioritariamente atribuída a classificação de “Razoável/moderada”, reiterando-se com o testemunho de uma das participantes que a classificou de razoável, apontando os seguintes fatores:

“Existem algumas lacunas estruturais no serviço que deveriam ser melhoradas – quadros elétricos acessíveis, tomadas elétricas não protegidas, inexistência de fraldários adequados, portas de acesso de mola e não automáticas, entre outros. A medicação deveria ser regularmente verificada pelos farmacêuticos e não pelos enfermeiros, para além de que a indústria farmacêutica deveria ter mais atenção com as embalagens - existe muita terapêutica com embalagens idênticas, mesmo tratando-se de princípios ativos completamente diferentes – o que poderá levar ao erro, principalmente em situações de emergência” (E4).

Um estudo realizado numa unidade de cuidados pediátricos também registou lacunas análogas às apontadas pela entrevistada supracitada (Lyren et al., 2017). Face a esta realidade e para melhorar a segurança dos cuidados prestados neste contexto, após a compreensão das causas acima referidas, é necessário identificar as soluções mais eficazes, o que pode no caso concreto, melhorar as condições de segurança do doente pediátrico da instituição/serviço, tais como promover mais formação em serviço, envolver mais a equipa de gestão do risco do serviço, pois, segundo as entrevistadas, estas são linhas de intervenção de fundamental importância. Estas enfermeiras também teceram algumas sugestões para a melhoria da segurança do doente pediátrico da instituição/serviço, sendo as mais referenciadas: “Dotações seguras, principalmente no turno da noite – risco de cuidados mínimos aquando da transferência de doentes”, “Incentivo à formação em serviço, potenciando desenvolvimento pessoal e profissional”, “A numeração fixa dos berços/incubadoras”, “Consciencialização por parte da Instituição das necessidades do doente pediátrico”, “Mais profissionais qualificados e especializados com conhecimentos específicos de forma a atuar em determinadas situações de forma mais segura e autónoma”. Estas sugestões deverão ser partilhadas com os órgãos de gestão da instituição em causa, como forma de se poder alcançar a máxima segurança do doente pediátrico e de se maximizar a qualidade dos cuidados. Uma cultura de segurança do doente, em qualquer instituição de saúde, é um elemento chave da qualidade dos cuidados prestados. Deve ser uma prioridade nos sistemas de saúde de todos os países do mundo. Neste âmbito, Kosydar-Bochenek et al. (2022) referem que o objetivo dos programas de segurança dos doentes consiste em prevenir erros, os incidentes e reduzir os danos potenciais para os doentes. Uma cultura de segurança do doente deve estar enraizada nas instituições de saúde para garantir também um ambiente de trabalho seguro para os profissionais de saúde. Carvalho e Aguiar (2023) referem que a

falta de recursos humanos no setor da saúde pode resultar na sobrecarga de horas de trabalho e sobrecarga de funções dos profissionais de saúde, levando à reorganização das práticas de cuidados de saúde e pode contribuir para o aumento dos fatores de risco que coloquem em causa a segurança dos doentes pediátricos. No seu estudo observacional transversal, baseado num inquérito realizado no Departamento de Pediatria de um hospital, que incluiu 88 variáveis categóricas, relacionadas com a perceção dos inquiridos sobre eventos adversos, erros, incidentes e segurança do doente, um total de 69% dos enfermeiros não reportou qualquer evento adverso, em 2019. Os eventos mais frequentemente reportados foram os com consequências mais graves para os doentes (54%) e os relacionados com disfunções organizacionais da instituição (74-90%). Os fatores que facilitaram a ocorrência de eventos adversos incluem a falta de recursos humanos (19%), falhas de comunicação e horas extraordinárias (17%), e a principal barreira à notificação foi o esquecimento de o fazer quando existe uma maior carga de trabalho (63%). A percentagem de notificações relacionadas com a adesão dos enfermeiros aos eventos adversos foi baixa nesta investigação, tal como no estudo de Carvalho e Aguiar (2023). De acordo com os mesmos autores, os enfermeiros reconheceram a importância da existência de um relatório de eventos adversos para a segurança dos doentes e para a melhoria da qualidade dos cuidados, bem como a necessidade de um sistema local e nacional para a notificação de eventos adversos. Apesar de 98% dos enfermeiros inquiridos saberem que o hospital tem um sistema de notificação de eventos adversos (NOTIFICA), apenas 59,8% utilizaram o mesmo, o que está de acordo com os valores encontrados noutros estudos (Jordan et al., 2017; Carter & Lantos, 2019). Este valor levanta algumas questões, nomeadamente a posição dos enfermeiros sobre o sistema e a sua adequada utilização, quais os eventos adversos a reportar, como reportá-los e ainda o desenvolvimento do processo de feedback (Carvalho & Aguiar, 2023).

A literatura mais recente propõe uma visão diferente da variabilidade humana, abordando-a como um recurso precioso que reforça a flexibilidade e a resiliência do sistema, ou seja, a capacidade de um sistema para lidar com variações inesperadas e inseguras, restaurando rapidamente um nível aceitável de variabilidade capaz de evitar a ocorrência de acontecimentos adversos (Rimondini et al., 2019). Todas as partes envolvidas nos cuidados de saúde desempenham um papel significativo na obtenção da segurança do doente, que é uma preocupação a nível global para garantir a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade (OMS, 2020). As organizações de saúde não devem ver a segurança do doente como uma pressão crescente ou como um meio para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, o que leva a considerar a cultura de segurança do doente uma questão central e premente. A segurança do doente é a ausência de danos evitáveis durante o processo de

prestação de cuidados de saúde e a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se às noções coletivas dos conhecimentos atuais, dos recursos disponíveis e do contexto em que os cuidados são prestados, ponderados em relação ao risco de não tratamento ou de outro tratamento (OMS, 2011). Nestes contextos, torna-se essencial reportar-se os eventos adversos, os erros, quase-acidentes e situações potencialmente perigosas para o doente pediátrico.

6. Conclusão

Os eventos adversos continuam a ser um desafio atual nos cuidados de saúde, sendo definidos como incidentes que resultam em danos desnecessários para o doente. Quando se trata da população pediátrica e pelas suas características, estão mais suscetíveis à ocorrência de eventos adversos. A notificação é uma ação fundamental na estratégia de redução da sua ocorrência e os enfermeiros continuam a ser elementos essenciais no processo. O objetivo final é a segurança do doente pediátrico e, a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde para um mínimo aceitável.

Neste contexto, o estudo qualitativo cujos participantes foram nove enfermeiras que exercem funções em pediatria concluiu-se que os principais “Aspectos específicos a ter em conta na segurança do doente pediátrico” são a “Dosagem certa a administrar (medicação)”, “Via de administração correta”, “Risco de quedas”, “Vigilância do doente pediátrico”, “Proteção física, como grades de cama”, “Idade da criança” e “Peso da criança”. No que se refere às “Medidas tomadas na unidade para a garantia da segurança do doente pediátrico na unidade”, as mais referenciadas foram “Cuidado redobrado na administração de terapêutica”, “Elevação das grades das camas”, “Pulseiras eletrónicas para segurança”, “Registo informático da criança”, “Especial cuidado com o transporte em segurança quer inter ou intrahospitalar”. Quase todas as participantes relataram que nunca tiveram qualquer incidente relacionado com a segurança do doente pediátrico, bem como nunca vivenciaram alguma experiência em que tiveram um papel importante relativamente à prevenção de incidentes de segurança do doente pediátrico. Nenhuma enfermeira tem experiência com o NOTIFICA em contexto de segurança do doente pediátrico. Quanto à caracterização da segurança do doente pediátrico da instituição/serviço, as opiniões divergiram, ou seja, “Boa” e “Razoável/moderada”, com maior destaque para esta última avaliação. Todas as participantes atribuíram muita importância à formação dos profissionais nesta área, prevalecendo as que atribuem “extrema importância” à equipa de gestão do risco do serviço. Foram várias as sugestões feitas pelas participantes para a melhoria da segurança do doente pediátrico da instituição/serviço onde exercem funções, sendo as mais referenciadas: “Dotações seguras, principalmente no turno da noite – risco de cuidados mínimos aquando da transferência de doentes”, “Incentivo à formação em serviço, potenciando desenvolvimento pessoal e profissional”, “A numeração fixa dos berços/incubadoras”, “Consciencialização por parte da Instituição das necessidades do doente pediátrico”, “Mais profissionais qualificados e especializados com conhecimentos específicos de forma a atuar em determinadas situações de forma mais segura e autónoma”, “Mudanças estruturais”, “Melhor articulação entre o serviço de urgência e os serviços

farmacêuticos”, “Ter um sistema de medicação de unidose”, “Cadeira de transporte para lactentes e criança pequena”, “Incentivo à comunicação e registo sistemático dos erros de medicação e de eventos adversos, para garantia de uma cultura de segurança do doente pediátrico”, “Necessidade de se ter o real conhecimento dos mais prevalentes incidentes adversos relacionados com os cuidados de saúde ao doente pediátrico”, “Reforço da cultura de segurança do doente pediátrico, para se alcançar ganhos em saúde” e “Implementação das normas da DGS e efetiva concretização dos eixos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026”. Neste contexto, reitera-se as sugestões propostas, bem com a divulgação das mesmas junto dos órgãos de gestão. Sugere-se também que se continuem a realizar estudos desta natureza de modo a poder-se ter sempre um efetivo conhecimento do fenómeno em estudo, o que contribuirá para a segurança do doente pediátrico e maximização dos cuidados de saúde.

Este estudo evidenciou a necessidade de investir na cultura de segurança da instituição, reforçando a consciencialização dos enfermeiros para a importância do seu papel na melhoria da segurança do doente pediátrico. Integrar a notificação na prática quotidiana dos profissionais, aumentar a sensibilização e formação contínuas, reforçando as equipas multidisciplinares, investir na comunicação e na redução da carga de trabalho é essencial e pode facilitar a melhoria da segurança do doente pediátrico. A nível nacional, defende-se uma maior especificidade e detalhe na elaboração das políticas de saúde, com vista a promover relatórios de notificação de eventos adversos/incidentes de forma transversal, como um enquadramento e caminho a seguir. Em termos de gestão do risco, a notificação de eventos adversos/incidentes e quase-acidentes deve ser incentivado por todos os profissionais de saúde, com o objetivo de resolver as situações potencialmente perigosas identificadas e prevenir futuros eventos adversos quer para os doentes pediátricos quer para os próprios profissionais de saúde. Por fim, é fundamental valorizar e investir na qualificação dos enfermeiros em gestão de risco e segurança do doente, na elaboração de normas orientadoras, bem como em equipas com experiência na análise de causas de eventos adversos e na identificação preventiva de possíveis falhas no sistema.

Para se reduzir os erros no contexto pediátrico, recomenda-se a utilização de fórmulas terapêuticas para a população pediátrica, um sistema de código de barras na administração da medicação ou na identificação dos doentes, desenvolvimento de protocolos, a melhoria da qualidade clínica e formação dos enfermeiros através da simulação de situações clínicas, a utilização de sistemas informatizados de prescrição eletrónica e sistemas de dispensação terapêutica para uma diminuição significativa dos erros relacionados com a medicação. A

utilização de ferramentas de ativação também parece ter um impacto positivo na prevenção de eventos adversos, aumentando a deteção de erros em pediatria.

Um estudo futuro, com especificações mais apuradas, poderá ajudar a esclarecer algumas das questões levantadas pelas entrevistadas e permitir medidas corretivas que facilitem a melhoria da segurança do doente pediátrico.

Considerações finais

Este Relatório Final espelha o meu percurso formativo para alcançar as competências comuns e específicas inerentes ao EEESIP, incluindo o máximo envolvimento, a defesa de valores e princípios ético-deontológicos que regem a profissão de Enfermagem, bem como a prestação de cuidados personalizados/humanizados e a promoção da melhoria contínua. Quero deixar registado que os profissionais com quem tive o privilégio de trabalhar e aprender, quer em contexto institucional, quer na prática clínica, foram elementos cruciais para a aquisição de competências. Todos expressaram um modelo de excelência em enfermagem, proporcionando-me práticas e conhecimentos necessários para poder caminhar de forma autónoma e oferecer cuidados de enfermagem de elevada qualidade à criança/jovem/família, independentemente do meu contexto de atuação, bem como para desempenhar as minhas responsabilidades de forma eficiente e identificar as evidências mais recentes em matéria de excelência em enfermagem especializada.

Hoje, mais do que nunca, reconheço a importância da reflexão na ação, sobre a ação e para a ação, pois foi e será sempre um elemento essencial para o meu crescimento pessoal e profissional. A aplicação da reflexão na prática teve vantagens claras, por exemplo, permitiu-me aprender, adaptar e melhorar as minhas competências, bem como me ajudou a ultrapassar as barreiras da prática quotidiana. A reflexão é essencial para que aprendamos e compreendamos a prestação de cuidados, a nossa formação como seres humanos e a nossa capacidade de lidar/cuidar o utente pediátrico e sua família.

Esta formação proporcionou-me uma base para que me veja a mim próprio numa perspetiva mais alargada e reconhecer como o apoio mútuo é importante para a formação profissional. Este relatório mostra que, quando compreendemos e interiorizamos a verdadeira essência do cuidar, esta pode ser transposta para qualquer situação clínica e integrada na nossa forma de saber, saber fazer, saber estar e saber ser. Em síntese, este percurso configurou-se como um ponto de partida importante para a minha formação e para me aperfeiçoar como EEESIP, proporcionando-me uma compreensão mais alargada do ser humano enquanto pessoa que necessita de cuidados de saúde e uma maior autocompreensão de mim próprio, enquanto ser humano e profissional de saúde.

Referências bibliográficas

- Ahmed, Z., & Rufo, P.A. (2022). Pediatric Preoperative Management. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559198/>
- Alves, J. (2015). Oportunidades de parceria no cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde - a perspetiva dos pais (Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Avançada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa). <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18056/1/Relat%C3%B3rio%20Jo%C3%A3o%20Alves%20-%20final.pdf>
- American Association of Colleges of Nursing (2021). The essentials: core competencies for professional nursing education <https://www.aacnnursing.org/Portals/42/AcademicNursing/pdf/Essentials-2021.pdf>
- Anderson, T., Walls, M., & Canelo, R. (2017). *Day case surgery guidelines. Surgery (Oxford)*, 35(2), 85–91. doi:10.1016/j.mpsur.2016.11.013
- Andrade, A.I., & Martins, F. (2017). Challenges and possibilities in teacher education - around internship report analysis. *Educate in Review*, 33(63), 137-154
- Carter B, Lantos J. Disclosing adverse events and near misses to parents of neonates. *Semin Perinatol.* 2019; 43(8): e151182. doi: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2019.08.011>
- Carvalho J, Aguiar P. Nurses adverse events report adding safety to pediatric nursing. *Pensar Enf* [Internet]. 2023 Apr; 27(1):30-36. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.212>
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In GLASPER, E.; TUCKER, A. *Advances in child health nursing*. Scutari Press
- Decreto-Lei nº 28/2008. (2008, fevereiro 22). Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. [Portugal]. *Diário da República*, (pp. 1182-1189). Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/247675>
- Direcção-Geral da Saúde. Norma n.º 015/2015. Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE, 2015). Acedido em http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf

- Donaldson, L., Ricciardi, W., Sheridan, S., & Tartaglia, R. (Eds.). (2021). *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*. doi:10.1007/978-3-030-59403-9
- Escola Superior de Saúde de Viseu. Guia Orientador: Estágio de Urgências Pediátricas e Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia. Viseu.
- Farrell, M. (1992). Partnership in care: paediatric nursing model. *British Journal of Nursing*, 1(4), 175–176. doi:10.12968/bjon.1992.1.4.175
- Flott, K, Maguire, J., & Phillips, N. (2021). Digital safety: the next frontier for patient safety. *Future Healthcare Journal*; Vol. 8, 3: e598–601. Doi: <https://doi.org/10.7861/fhj.2021-0152>
- Gill, E. (2020). What is Your Teaching Style? 5 Effective Teaching Methods for Your. Acedido em <https://resilienteducator.com/classroom-resources/5-types-of-classroom-teaching-styles/>
- Grissiger M: Medication errors affecting pediatric patients: Unique challenges for this special population. *Pennsylvania Patient Safety Advisory*, 2015;12(3):96-102
- Khan A, Furtak SL, Melvin P, Rogers JE, Schuster MA, Landrigan CP. Parent reported errors and adverse events in hospitalized children. *JAMA Pediatr*. 2016;170(4):e154608.
- Lobato, A.M.N., Moraes, M.C.S., Albuquerque, O.K.C., Uaresma, W.N.M., & Barbosa, D. (2021). Assistência de enfermagem ao recém-nascido em uso de ventilação mecânica: relato de experiência. Congresso Brasileiro Digital de Atualização em Pediatria, 1ª edição, de 30/08/2021 a 02/09/2021 ISBN dos Anais: 978-65-89908-93-7. <https://eventos.congresso.me/conbraped/resumos/17635.pdf>
- Marques, A. G. (2019). *Transposição das Grandes Artérias*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/42820/1/ArianaGMarques.pdf>
- Mueller BU, Neuspiel DR, Fisher ERS (2019). AAP COUNCIL ON QUALITY IMPROVEMENT AND PATIENT SAFETY, COMMITTEE ON HOSPITAL CARE. Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care. *Pediatrics*, 143(2):e20183649
- Jordan M, Lam J, Lyren A, Sims N, Yang C. Actionable patient safety solution (APSS) #3A: medication errors. Chapman University [place unknown]: Patient Safety Movement Foundation; [Internet] 2017 [cited 2019 Apr 19] Available from: https://digitalcommons.chapman.edu/pharmacy_articles/458/

- Nicolì, S., Benevento, M., Ferorelli, D., Mandarelli, G., & Solarino, B. (2022). Little patients, large risks: An overview on patient safety management in pediatrics settings. *Front Pediatr.*;10:919710. doi: 10.3389/fped.2022.919710
- Öcek, Z. A., Eden, E., Yücel, U., & Çiçeklioglu, M. (2020). Effects of an oral health program: Community-based education among mothers of young children living in socioeconomically disadvantaged neighborhoods. *Journal of education and health promotion*, 9, 40. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_434_19
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 613/2022, Artigo 6.º, 8 de julho de 2022. Diário da República, 2.ª série, n.º 131. Acedido em 12 de março de 2023. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26674/regulamento-ato-do-enfermeiro.pdf>
- Peres, M. A., Macpherson, L. M. D., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., ... Watt, R. G. (2019). *Oral diseases: a global public health challenge*. *The Lancet*, 394(10194), 249–260. doi:10.1016/s0140-6736(19)31146-8
- Petersmann, A., Müller-Wieland, D., & Müller, U.A. (2019). Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus. *Exp Clin Endocrinol Diabetes.*; 127:S1-S7. DOI: 10.1055/a-1018-90789.
- Direção-Geral da Saúde (2022). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Portugal, Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019, Fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2(26), pp. 4744-4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Portugal, Regulamento n.º 422/2018. (2018, Julho 12). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Diário da República, 2(133), pp. 19192-19194. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Portugal. Ministério da Saúde (2021). Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Predebon CM, Silva SC, Olaves FS, Kantorski KJC, Pedro ENR, Wegner W. Perfil das notificações de incidentes analisados pela comissão de qualidade e segurança pediátrica. In: ANAIS - I Congresso Internacional da Rebraensp. [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 5]. Available from: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/140646/000991213.pdf?sequence=1>
- Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto. Diário da República, 1.ª série. N.º 150. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>
- Rabelo-Silva, E.R., Dantas Cavalcanti, A.C., Goulart Caldas, M.C.R. et al. (2016). Advanced Nursing Process quality: Comparing the International Classification for Nursing Practice (ICNP) with the NANDA-International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC). *J Clin Nurs.*; 26:379–387. Doi: 10.1111/jocn.13387
- Ramos, M., Vilaça, S. & Mendes, G. (2020). O recém-nascido pré-termo. In Ramos, A. & Figueiredo, M. *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp 118-134). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Ronkowska, J., & Stefanowicz-Bielska, A. (2020). Nursing care of a child with type 1 diabetes mellitus – a nursing process using the International Classification of Nursing Practice ICNP®. *Pielęgniarstwo XXI wieku / Nursing in the 21st Century*; vol.19, 3, 174-183. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2020-0029>
- Santos, E.R., Salles, L.R., & Estanislau, R.V. (2012). Ânus imperfurado: revisão da literatura. *Rev Med Minas Gerais*; 22 (Supl 5): S71-S75.
- Silva NR da, Oliveira J, Berenguer A, Graça AM, Abrantes M, Moniz C. 82018). Morbidity in Prematurity Associated with Fetal Growth Restriction: Experience of a Tertiary Care Center. *Acta Med Port* [Internet]. 31(11):648-55. Available from: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/9599>
- Silveira, A. & Neves, E. T. (2012) Crianças com Necessidades Especiais em saúde: Cuidado Familiar na Preservação da Vida. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(1), 74- 80. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v11i1.18861
- Soares, H.M., & Tavares, P.P.S. (2017). Os Enfermeiros e... ? A intervenção precoce na infância... <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3616/a-interven%C3%A7%C3%A3o-precoce-na-inf%C3%A2ncia.pdf>

- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018). Consenso Clínico “Restrição de Crescimento Fetal”. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/Consenso-RCF.pdf>
- Systems Approach. In: Patient Safety Network. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2019. Available from: <https://www.psnet.ahrq.gov/primers/primer/21>
- Tavares, P., P., S. (2011). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Lusociência.
- The Joint Commission (2021). Preventing pediatric medication errors. *Sentinel Event Alert*; 39, 2-5. <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea-39-ped-med-errors-rev-final-4-14-21.pdf>
- Van Manen, Max. (1984). Practicing phenomenological writing. *Phenomenology Pedagogy* 2: 36–69.
- Van Manen, Max. (1990). *Researching Lived Experiences. Human Sciences for an Action Sensitive Pedagogy*. Albany: State University of New York Press.
- Van Manen, Max. (2017a). But is it phenomenology? *Qualitative Health Research* 27: 775–79.
- Van Manen, Max. (2017b). Phenomenology in its original sense. *Qualitative Health Research* 27: 810–25.
- Westrup, B. (2007). *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) — Family-centered developmentally supportive care*. *Early Human Development*, 83(7), 443–449. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2007.03.0
- WHO (World Health Organization). (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. World Health Organization.
- Zumstein-Shaha, M., & Grace, P.J. (2023). Competency Frameworks, nursing perspectives, and interdisciplinary collaborations for good patient care: delineating boundaries. *Nurs Philos*; 24:e12402. doi:10.1111/nup.12402

Anexos

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética do CHTMAD

Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

A Comissão de Ética
18/04/2023
Rita Castanheira

Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração para realização de investigação

Ex.mo Presidente do Conselho de Administração do CHTMAD, EPE,

Nome do Investigador Principal:

Sérgio Manuel Fernandes Vieira

Título da Investigação:

Perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente pediátrico

Pretendendo realizar, nos serviços do CHTMAD

Serviço de Pediatria, neonatologia e urgência pediátrica

a investigação em epígrafe, solicito a V. Ex. cia, na qualidade de Investigador/Promotor (riscar o que não interessa), autorização para tal, anexando, para o efeito, toda a documentação exigida pela Comissão de Ética do CHTMAD.

Com os melhores cumprimentos

Sérgio Manuel Fernandes Vieira, 18/04/2023

Sérgio Manuel Fernandes Vieira
(Investigador/promotor)

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, L.P.
PRESIDENTE CA: SECRETÁRIO CA:

DATA: 18/04/2023



Pedido de autorização, ao Presidente da Comissão de Ética, para realização de investigação

Ex.mo Presidente da Comissão de Ética do CHTMAD, EPE,

Pretendo realizar o estudo infracitado, e na qualidade de Investigador, solicito a V. Ex. Cia a sua apreciação e elaboração do respetivo parecer.

Título da investigação:

Perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente pediátrico

Investigador Principal:

Nome: Sérgio Manuel Fernandes Vieira

Endereço eletrónico

Contacto telefónico

Identificação do Estudo:

Caracterização da investigação:

- Estudo retrospectivo Estudo observacional Estudo prospetivo
 Inquérito Outro. Qual? Estudo qualitativo do tipo fenomenológico

Tipo de investigação

- Com intervenção Sem intervenção

Promotor (se aplicável)

Nome do orientador do trabalho/tese (se aplicável): Ernestina Maria V. Batoca Silva

Endereço eletrónico:

Com os melhores cumprimentos

Vila Real, 14, 04, 2023

(Investigador/promotor)



Pedido de autorização ao Diretor de Serviço para realização de investigação

Ex.mo Diretor do Serviço de:

Serviço de pediatria e neonatologia

Nome do Investigador Principal:

Sérgio Manuel Fernandes Vieira

Título da Investigação:

Perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente pediátrico

Pretendendo realizar a investigação em epígrafe no Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, solicito, a V. Ex. cia, a emissão da declaração abaixo indicada.

.....

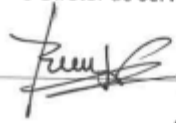
Para ser presente à Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, declaro que o Serviço que dirijo reúne as condições logísticas e de recursos humanos que permitem a realização da investigação em apreço, com a qual concordo.

_____, ____ de _____

Com os melhores cumprimentos

S.M.F.V., 5/4/23

O Diretor de Serviço


 Eurico Gaspar
 Director do Serviço de
 Pediatria

Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro



Pedido de autorização ao Enf.º Gestor Serviço para realização de investigação

Ex.mo Enfermeiro Gestor, do Serviço de:

Unidade de neonatologia do CHTMAD

Nome do Investigador Principal:

Sérgio Manuel Fernandes Vieira

Título da Investigação:

Perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente pediátrico

Pretendendo realizar a investigação em epígrafe no Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, solicito, a V. Ex. cia, a emissão da declaração abaixo indicada.

Para ser presente à Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, declaro que o Serviço que dirijo reúne as condições logísticas e de recursos humanos que permitem a realização da investigação em apreço, com a qual concordo.

Vila Real, 03 de abril 2023

Com os melhores cumprimentos

O Enfermeiro Gestor

Assinado por: Paulo Miguel Gomes dos Santos

Num. de Identificação: 06226965

Data: 2023.04.03 10:29:00+01'00'

Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro



Pedido de autorização ao Diretor de Serviço para realização de investigação

Ex.mo Diretor do Serviço de:

Serviço de Urgência Pediátrica do CHTMAD

Nome do Investigador Principal:

Sérgio Manuel Fernandes Vieira

Título da Investigação:

Perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente pediátrico

Pretendo realizar a investigação em epígrafe no Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, solícito, a V. Ex. cia, a emissão da declaração abaixo indicada.

Para ser presente à Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, declaro que o Serviço que dirijo reúne as condições logísticas e de recursos humanos que permitem a realização da investigação em apreço, com a qual concordo.

Vila Real, 05 de Abril

Com os melhores cumprimentos

Vila Real, 05/04/2023

Prof. Doutor
O Diretor de Serviço

José Eduardo Lima

Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro



Pedido de autorização ao Diretor de Serviço para realização de investigação

Ex.mo Diretor do Serviço de:

Serviço de Pediatria do CHTMAD

Nome do Investigador Principal:

Sérgio Manuel Fernandes Vieira

Título da Investigação:

Perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente pediátrico

Pretendendo realizar a investigação em epígrafe no Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, solicito, a V. Ex. cia, a emissão da declaração abaixo indicada.

Para ser presente à Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, declaro que o Serviço que dirijo reúne as condições logísticas e de recursos humanos que permitem a realização da investigação em apreço, com a qual concordo.

Vila Real, 05 de Abril

Com os melhores cumprimentos

Vila Real, 05/04/2024

Dr. Sérgio Manuel Fernandes Vieira
O Diretor de Serviço

Sérgio Manuel Fernandes Vieira

Anexo II – Instrumento de recolha de dados e consentimento informado

BLOCOS	OBJETIVOS	QUESTÕES/ASSUNTOS
Legitimação da entrevista e garantia de confidencialidade	Legitimar a entrevista e assegurar a confidencialidade das informações.	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer o(a) entrevistado(a) sobre a temática da entrevista. - Indicar os objetivos da entrevista pedindo a colaboração do entrevistado(a). - Garantir que as informações são confidenciais e que apenas serão utilizadas no âmbito desta investigação.
Caraterização dos enfermeiros	Caraterizar os enfermeiros do ponto de vista sociodemográfico e profissional.	<ul style="list-style-type: none"> - Idade? - Género? - Habilitações profissionais? - Tempo de serviço na profissão? - Tempo de serviço em Pediatria? - Tem formação pós-graduada ou formação contínua sobre segurança do doente?
Perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente pediátrico	Identificar a perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente pediátrico	<ul style="list-style-type: none"> - No seu entender quais são as questões específicas a ter em conta na segurança do doente pediátrico? - Na sua unidade são tomadas medidas para a garantia da segurança do doente pediátrico? Refira quais? - Já teve algum incidente relacionado com a segurança do doente pediátrico? Se sim como procedeu? - Já teve alguma experiência em que teve um papel importante relativamente à prevenção de incidentes de segurança do doente pediátrico? Se sim como procedeu? - Tem experiência com o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA)? Se sim diga quais as circunstâncias que levaram à sua utilização? Como considera o seu funcionamento? - Como caracteriza a segurança do doente pediátrico da sua instituição/serviço? - Qual a importância que atribui à formação dos profissionais nesta área? - Que importância atribui à equipa de gestão do risco do serviço? - Que sugestões daria para a melhoria da segurança do doente pediátrico da sua instituição/serviço?
Encerramento da entrevista	Proceder ao encerramento da entrevista.	<ul style="list-style-type: none"> - Pedir ao entrevistado(a) para explicar outros aspetos vivenciados por si que considere relevantes e ainda não tenha surgido ao longo da entrevista. - Agradecer a participação do(a) entrevistado(a).

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente pediátrico.

Enquadramento: Este estudo insere-se na Pós licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Pediátrica e Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria a realizar nos serviços: Neonatologia, urgência pediátrica e internamento de pediatria, sobre a orientação Sra. Professora Doutora Ernestina Silva.

Explicação do estudo: Estamos a realizar um estudo sobre a perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente pediátrico, e tendo em conta que a evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, reveste-se de elevada importância a sua colaboração através das suas respostas a esta entrevista.

Confidencialidade e anonimato: Informo que a sua participação é voluntária sendo que possui liberdade de desistência a qualquer momento. Saliento, ainda, que as informações obtidas são confidenciais e os resultados apenas serão utilizados na presente investigação. O anonimato será garantido, não haverá registo de dados de identificação dos participantes. Este estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHATMAD).

Para qualquer esclarecimento adicional contactar:

Telemóvel: 935469513

Correio eletrónico: sergioofvieira@gmail.com

Eu, _____

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

Assinatura: _____

Data: ___ / ___ / ____

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declaro que o Sr^o En^o Sérgio Manuel Fernandes Vieira é estudante do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e 12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Saúde de Viseu e no âmbito do seu trabalho de Estágio com Relatório Final assumo as funções de orientadora.

A orientadora,



(Prof. Doutor Ernestina Maria V. Batoca Silva)