

Resultados sensíveis em enfermagem para a população pediátrica

**Relatório de Estágio
apresentado para a obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**

Luís Miguel Faria Silvério,

Professora Doutora Maria Regina Ferreira

Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

**RESULTADOS SENSÍVEIS EM ENFERMAGEM PARA A
POPULAÇÃO PEDIÁTRICA**

Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Autor

Luís Miguel Faria Silvério, nº: 130435003

Orientadora

Professora Doutora Maria Regina Ferreira

Santarém, março, 2016

RESUMO

O presente relatório consiste numa reflexão de todo o processo de aprendizagem resultante do desenvolvimento pessoal e profissional ao longo do Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II.

Objetivos: Enquadrar a prática clínica baseada na evidência, com recurso à revisão sistemática da literatura; avaliar e divulgar os resultados das ações de enfermagem e fundamentar as competências adquiridas no sentido de uma enfermagem avançada.

Metodologia: Foi realizada uma revisão sistemática da literatura e foi formulada a pergunta: “Quais os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, na população pediátrica?”.

Resultados: As evidências científicas identificam e descrevem um conjunto de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, prestados a crianças/jovens, com potencial para refletir a sua qualidade. A codificação de dados clínicos mostra também resultados com potencial para refletir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a crianças/jovens e família, considerando as suas características específicas.

Palavras-chave: Resultados Sensíveis; Cuidados de Enfermagem; População Pediátrica

ABSTRACT

This report is a reflection of the whole process of learning resulting from personal and professional development over Internship in Health Nursing of Children and Young II.

Objectives: Framing clinical practice based on evidence, using the systematic review of the literature; evaluate and disseminate the results of nursing actions and support the skills acquired in the sense of an advanced nursing.

Methodology: A systematic review of the literature was performed and was formulated the question: "Which outcomes are sensitive to nursing care in the pediatric population?".

Results: The scientific evidence identifies and describes a set of indicators sensitive to nursing care provided to children/young people with the potential to reflect their quality. Clinical data coding also shows results with the potential to reflect the quality of nursing care provided to children/youth and family, considering its specific characteristics.

Keywords: Nursing Sensitive Outcomes; Nursing Care; Pediatric Population

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Regina Ferreira, pela disponibilidade, encorajamento e orientação quanto à reflexão da prática profissional. Muito obrigado!

Ao Professor Doutor José Amendoeira, pelo exemplo e pelo incentivo.

Às enfermeiras cooperantes Patrícia Nascimento, Joana Amaral, Priscila Carreira, pela amabilidade, disponibilidade e capacidade em partilhar os seus conhecimentos.

Aos colegas e amigos Ana Paula Bettencourt, Catarina Escudeiro, Carina Siopa, Mafalda Vala e Paulo Francisco Neto, pelas infindáveis horas de partilha, de esforço e dedicação a um gosto comum... a nossa profissão.

Aos colegas do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, e do I Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pela partilha de experiências e vivências.

À Rita, por ter tornado este momento possível. Por me ajudar, todos os dias, a ser melhor pessoa e melhor enfermeiro.

Aos meus filhos, pelo amor incondicional que partilhamos. Porque esse amor ajudou a superar todos os momentos em que senti descurar os seus cuidados para aprender a melhorar o cuidado a outras crianças.

À minha família, por me terem ajudado a ser o que sou, e a chegar onde cheguei.

ABREVIATURAS

Enf^ª – Enfermeira

ACRÓNIMOS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

MeSH – ‘Medical Subject Headings’

SIGLAS

AVD’s – Atividades de Vida Diárias

CNSCA – Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

ESCJ II – Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II

ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

FCG – Fundação Calouste Gulbenkian

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

NREM – ‘Nursing Role Effectiveness Model’

OE – Ordem dos Enfermeiros

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PC – Prestador de Cuidados

RMDE – Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

RN – Recém-nascido

RSE – Resultados Sensíveis em Enfermagem

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

UCIENP – Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1 – OS SERVIÇOS HOSPITALARES PEDIÁTRICOS E A QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ESCJ	15
1.1 – SERVIÇO DE PEDIATRIA	17
1.2 – SERVIÇO DE NEONATOLOGIA	21
1.3 – SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA	26
2 – A QUALIDADE DOS CUIDADOS EM ENFERMAGEM E OS RESULTADOS SENSÍVEIS	31
2.1 – QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	32
2.2 – O ‘ <i>NURSING ROLE EFFECTIVENESS MODEL</i> ’	35
2.3 – OS RESULTADOS DE ENFERMAGEM EM PEDIATRIA	39
3 – METODOLOGIA DE PESQUISA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	45
4 – DISCUSSÃO DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS	49
5 – CONCLUSÃO	61
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	71

ANEXO I – Projeto de Estágio da Unidade Curricular de Estágio em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II e Relatório

ANEXO II – Informação sobre Sinais de Agravamento da Situação Clínica em Pediatria

ANEXO III – Folheto sobre Risco de Quedas

ANEXO IV – Folheto sobre Prematuridade e Baixo Peso

ANEXO V – Apresentação da Formação em Serviço sobre Segurança do Doente e Notificação de Eventos Adversos

ANEXO VI – Tabelas de análise dos artigos da RSL

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Protocolo da revisão sistemática de acordo com a pergunta PI[C]O.....	45
Tabela 2 – Critérios de inclusão dos artigos.....	46
Tabela 3 – Resultados do cruzamento dos termos aplicados à RSL	47
Tabela 4 – Indicadores classificados no artigo como sensíveis aos cuidados de Enfermagem, para a população pediátrica.....	50

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - <i>Nursing Role Effectiveness Model</i>	39
--	----

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi realizado no âmbito da unidade curricular Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem II e Relatório, integrado no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem.

Para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (ESCJ), este relatório tem em consideração os pressupostos do Regulamento do Regime de Frequência e Avaliação dos Cursos de Mestrado da Escola Superior de Saúde de Santarém e da Unidade Curricular de Estágio de ESCJ II e Relatório, que define os seguintes objetivos para a realização do documento:

- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica;
- Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a suscetibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática;
- Inventariar os recursos necessários à ação de enfermagem baseada na evidência;
- Fundamentar as competências desenvolvidas no sentido de uma enfermagem avançada;
- Avaliar, registar e divulgar os resultados da ação/intervenção de enfermagem.

O Estágio de ESCJ II decorreu em três valências distintas durante o ano de 2015, em unidades hospitalares da região de Lisboa e Vale do Tejo, também elas diferentes quanto à sua categorização de complexidade no atendimento, segundo a Portaria nº 82/2014, de 10 de Abril: entre 16 de fevereiro e 27 de março no serviço de Pediatria de um hospital distrital, enquadrado no grupo I; entre 13 de abril e 15 de maio no serviço de Neonatologia de um hospital também integrado no grupo I; e entre 25 de maio e 19 de junho no serviço de Urgência Pediátrica de um hospital central, enquadrado no grupo III (Portaria nº 82/2014), totalizando 440 horas.

Elaborado no início do EESCJ II e servindo de fio condutor durante todo o percurso de estágio, o Projeto de Estágio teve como temática central os indicadores de qualidade em

Enfermagem nos cuidados hospitalares (anexo I). Como tal, o relatório procura integrar os resultados sensíveis à prestação de cuidados de enfermagem, na população pediátrica, relacionando-os com os objetivos da unidade curricular e com os cuidados prestados nos estágios.

A fundamentação da temática teve como elementos preponderantes o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em ESCJ (EEESCJ), ambos da Ordem dos Enfermeiros (OE). Justificam-se estes documentos dado que, para a entidade reguladora da profissão de Enfermagem em Portugal, o primeiro estabelece linhas de orientação para uma prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família de nível avançado e com critérios definidos de qualidade, e o segundo documento, citando Kelly *et al* (2007), traduz a atuação do EEESCJ na “prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança, bem como, trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente (Regulamento n.º 123/2011). Ambos refletem assim as temáticas a abordar neste relatório.

A preocupação pela qualidade dos cuidados de Enfermagem revela-se tão antiga quanto a própria profissão, sendo Florence Nightingale reconhecida internacionalmente não só pelas suas iniciativas tendo em vista a profissionalização da Enfermagem, mas também pelos seus estudos estatísticos, tais como a melhoria das taxas de mortalidade na Guerra da Crimeia através da melhoria dos cuidados prestados aos enfermos (Costa, 2009).

A Ordem dos Enfermeiros, num dos documentos relativos ao Sistema de Informação de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde, assume como prioritária uma “política de promoção e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, com um forte enfoque nos resultados, indo ao encontro daquilo que é adotado pelas diferentes organizações internacionais, ocupadas com a problemática da qualidade em saúde” (OE, 2007: 2).

Nos dias de hoje, a conjuntura faz aumentar a pressão nas organizações prestadoras de cuidados para uma gestão de recursos eficiente e eficaz, levando-as a reconhecer a importância e responsabilidade de assegurar e valorizar, pela evidência científica, a segurança e qualidade dos cuidados de saúde que prestam e a responsabilizarem-se também pela satisfação dos utentes e cuidadores (Irvine *et al*, 2002; Newbold, 2008, citados por Amaral *et al*, 2014).

Se os enfermeiros representam o maior grupo de profissionais de saúde, o custo e o impacto das suas ações têm necessariamente que constituir uma preocupação para os decisores e nas políticas deste setor (Amaral *et al*, 2014). Desta forma, parece pertinente a articulação com um modelo concetual – *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM) – que permite identificar e avaliar a contribuição dos enfermeiros num sistema complexo como o da saúde, em que “a qualidade é sempre o resultado de uma série de fatores causais diferentes e interativos” e a procura da excelência exige que se preste atenção às dinâmicas do sistema (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014: 107).

A esta introdução segue-se uma análise reflexiva das ações de enfermagem nos diferentes contextos de estágio, definindo posteriormente, através do enquadramento teórico, os conceitos base que fundamentam este trabalho. Será apresentada a metodologia aplicada à revisão sistemática da literatura que permitiu apresentar as conclusões que são realçadas no término do relatório.

1 – OS SERVIÇOS HOSPITALARES PEDIÁTRICOS E A QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ESCJ

O estágio de ESCJ II foi realizado em unidades de saúde hospitalares com níveis diferentes de complexidade na prestação de cuidados de saúde. De acordo com a Portaria n.º 82/2014 (2014: 2364), o sistema de classificação hospitalar assenta a sua diferenciação numa “(...) base populacional, em linha com a área de influência direta e indireta (...)”, e tem em consideração as necessidades em saúde, garantindo “(...) a proximidade, complementaridade e hierarquização da rede hospitalar”.

Como características comuns, todos os hospitais nos quais realizei estágio se encontram inseridos na rede do Serviço Nacional de Saúde (embora com modelos de gestão distintos), e todos os serviços se encontram acreditados na Qualidade dos cuidados que prestam.

O pressuposto da Acreditação na Qualidade significa que o denominador comum é a preocupação constante com a excelência clínica, com a segurança do doente e com a satisfação dos seus utentes, assim como o compromisso com a melhoria contínua e cumprimento de boas práticas em saúde, através da aplicação de protocolos e orientações estabelecidas pelas entidades acreditadoras, baseadas na evidência científica mais atual (Direção Geral da Saúde, 2009).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) salienta como imperativo o reconhecimento do valor significativo que o papel do enfermeiro tem na comunidade científica de saúde, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados, considerando a evolução dos últimos anos da formação base e a complexificação e dignificação do seu exercício profissional (OE, 2015).

O desenvolvimento de competências inerentes ao estágio não foi indiferente às características assinaladas, nomeadamente ao relacionar o Projeto de Estágio com o fato de todas as Unidades de Saúde serem Acreditadas, abordando assim a temática dos Indicadores de Qualidade em Enfermagem.

A necessidade de implementar sistemas que permitam promover e evidenciar a qualidade dos cuidados tem sido fortemente assumida por instâncias internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Enfermeiros. Também a Ordem dos Enfermeiros reconhece que a criação de sistemas de qualidade em saúde revela-se uma ação prioritária (Dias, 2014; OE, 2010a; OE, 2010c).

Tendo as atividades desenvolvidas no estágio sido planeadas com o objetivo, entre outros, de adquirir competências de enfermeiro especialista de saúde infantil e pediatria, foi marcante a atenção dirigida a todos os processos que envolviam a política organizacional de qualidade e segurança dos cuidados prestados, assim como a implementação de boas práticas reconhecidas pela evidência científica.

Os anos de prática profissional foram incrementando a necessidade pessoal de ver esclarecida a evidência dos cuidados de enfermagem prestados, não só no sentido das repercussões das intervenções quanto aos resultados originados para a criança/jovem e família, como também quanto à visibilidade do respetivo processo de cuidar. A visão pessoal referida acabou por ter o seu sentido reforçado com a afirmação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, ao referir que a “(...) gestão da qualidade nos serviços de saúde decorreu, em alguns casos, de forma espontânea e pouco coerente, verificando-se que existem algumas instituições prestadoras de cuidados que têm decidido o que querem e como querem em termos da qualidade na saúde” (Despacho n.º 5613/2015: 13551).

Desta forma, a pertinência do projeto de estágio encontra-se representada no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESCJ da OE, que define a importância, entre outros, da “existência de um sistema de melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em ESCJ” e da “utilização de metodologias de organização dos cuidados de Enfermagem promotoras da qualidade (...)” (OE, 2013b: 29). A sua interligação com as Unidades Curriculares do Mestrado, tendo em consideração os objetivos definidos pela Unidade Curricular de Estágio de ESCJ II e Relatório, foi uma mais-valia importante que se tentou almejar.

Alguma da literatura relacionada com a segurança e qualidade na Saúde atesta que comportamentos clínicos indesejáveis persistem se não houver qualquer tipo de intervenção, estando estabelecido que a monitorização e *feedback* da informação significativa relativa à qualidade motiva os profissionais de saúde a mudar os seus comportamentos, melhorando a qualidade e segurança dos cuidados (Doran *et al*, 2006,

Van Herck *et al*, 2010, Nicholas *et al*, 2011, Ryan, 2009, Jha *et al*, 2012, citados por Heslop e Lu, 2014).

Relacionando as premissas do parágrafo anterior com a prática de Enfermagem, existe nos dias de hoje já uma considerável evidência a defender a criação de bases de dados de Indicadores de Enfermagem que sejam sensíveis e suportem a prática de cuidados de saúde baseados na evidência (Aydin *et al*, 2004; Kurtzman e Corrigan, 2007; citados por Heslop e Lu, 2014).

A Ordem dos Enfermeiros disponibiliza documentos como os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e o Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE), que serviram de referência ao projeto pessoal de estágio, dado o suporte teórico que incrementa às atividades e intervenções específicas de enfermagem. Pela limitação temporal dos estágios e pelo caráter estatístico do tipo de indicadores apresentados na literatura referida foi acordada, nos diferentes contextos de estágio e pelos diferentes intervenientes no processo de aquisição de competências, a maior pertinência em desenvolver e apresentar trabalhos que contribuíssem para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados e que, conseqüentemente, contribuíssem para os dados referidos, ao invés da apresentação de dados que respondessem no imediato a cada um deles, nos respetivos contextos.

Na ótica do desenvolvimento do processo de aprendizagem em contexto de estágio, evidencia-se a pertinência de se contextualizar precisamente os locais onde a aprendizagem teve lugar, assim como as atividades realizadas em cada um, integrando os modelos da prática profissional com o modelo de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem.

1.1 – SERVIÇO DE PEDIATRIA

O primeiro contexto de estágio foi o serviço de Pediatria, integrado numa unidade de saúde hospitalar que desde 2011 é gerida através de um modelo de parceria público-privada, tendo uma área de influência que abrange 5 concelhos e serve cerca de 245 mil habitantes. É um hospital distrital, classificado segundo a Portaria nº 82/2014 (que define a tipologia de cada unidade hospitalar) como pertencente ao Grupo II, possuindo valências básicas, intermédias e diferenciadas, em regime de internamento e ambulatório, e integrando a prestação de cuidados urgentes classificados como médico-cirúrgicos

(Portaria nº 82/2014). Esta Unidade de Saúde encontra-se **acreditada** pela *Joint Commission International* desde outubro de 2014.

Sendo a primeira oportunidade de integrar uma equipa de enfermagem de um serviço acreditado, este contexto de estágio possibilitou um conjunto de atividades até então desconhecidas para além do contato com a dinâmica de um serviço enérgico e com muitas oportunidades de aprendizagens.

Revelou-se muito significativa a participação nas atividades de admissão da criança/jovem e família (sobretudo pais) no serviço de internamento. Nestas atividades integrou-se obrigatoriamente a realização, nas primeiras 24 horas de internamento, da avaliação inicial de enfermagem, cujas informações se complementaram pelo preenchimento, por parte das pessoas alvo de cuidados, de um formulário de autoavaliação das suas necessidades, entregue durante a chegada dos mesmos ao serviço. Os diagnósticos de enfermagem puderam assim ser identificados tendo em conta a situação clínica da criança e as necessidades de cuidados de saúde sentidas pelas crianças/jovens e respetiva família, utilizando ainda escalas científicas validadas (Braden Q, Morse, Barthel, PEWS, escalas de avaliação da dor, ...), consoante a aplicabilidade do contexto/diagnóstico.

A prestação de cuidados assente nos cuidados centrados na família, no empoderamento familiar e no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, em vigor no Serviço de Pediatria e apresentado pela enfermeira cooperante no primeiro dia de integração em estágio, mostraram-se como uma mais-valia importante quanto à preocupação do envolvimento de todos (profissionais, criança/jovem e família) nas intervenções dos enfermeiros, procurando a maximização do potencial de saúde preconizado pela OE.

No Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, realça-se a importância fundamental da família como prestadora de cuidados de saúde, com o objetivo de promover a sua capacitação para cuidar da criança/jovem. Neste modelo, privilegia-se os cuidados prestados à criança/jovem com a família como parceira desses mesmos cuidados. As crenças e valores que sustentam esta filosofia integram os pais como elementos chave na satisfação adequada das necessidades dos seus filhos, cabendo ao enfermeiro a partilha de conhecimentos e técnicas apropriadas, através do ensino e orientação, que possibilitem a aquisição de competências nos cuidados a prestar (Casey, 1988; Farrel, 1994; citados por Nunes, 2014). Neste contexto, sendo a criança/jovem o foco dos cuidados, as informações obtidas sobre a estrutura, dinâmica e recursos familiares mostram-se relevantes para avaliar

a capacidade da família e, à medida que esta aprende a cuidar, tornam-se eles próprios os especialistas nos cuidados à criança/jovem (Casey, 1993, citada por Oliveira, 2012).

Ao prestar cuidados a crianças/jovens num período do ano em que os diagnósticos mais frequentes se relacionavam com as infeções do trato respiratório, foi frequente a aplicação deste modelo, nomeadamente pela educação para a saúde realizada à família quanto aos cuidados a prestar na desobstrução da via aérea e na identificação precoce de sinais de agravamento da função respiratória.

Foi particularmente evidente a relevância da parceria de cuidados no contexto de uma criança internada com o diagnóstico de diabetes inaugural, nomeadamente no empoderamento da família quanto à avaliação constante da glicémia capilar, ao conhecimento e controlo do regime alimentar e no apoio psicológico aos elementos da família, como resposta a uma mudança significativa nos seus hábitos de vida diária. Nesta situação em particular, a família também alvo dos cuidados de enfermagem e de cuidados multidisciplinares (envolvendo pediatras, endocrinologistas, nutricionistas, assistentes sociais), representou uma mais-valia fundamental para uma readaptação funcional da criança e para o célere e bem-sucedido período de internamento da criança.

Este tipo de metodologia permitiu evidenciar o que a Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (2009: 78) defende, ao afirmar que “para dar resposta à complexidade do cuidar pediátrico, exige-se uma prática de cuidados de enfermagem competente e fundamentada, numa perspetiva científica, ética e experiencial (...)”. Permite ainda enquadrar o Regulamento de Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESCJ, ao referir que os focos de intervenção, no que diz respeito à esfera de ação do Enfermeiro Especialista em ESCJ, incluem “(...) orientação antecipatória às famílias para maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem estar da criança; a deteção precoce (...) de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida (...)”, entre outros (OE, 2013b: 11).

No momento do acolhimento das crianças/jovens e família no serviço, foram também entregues folhetos institucionais informativos das regras da instituição e dos sinais gerais de agravamento da situação clínica. Este último, generalizado em todo o hospital, foi identificado como pouco representativo das características particulares da população pediátrica e proposto como alvo possível de melhoria e adaptação a essas mesmas características. Esta iniciativa visava ainda promover a integração da família como principal parceira na prestação de cuidados, mesmo em contexto de internamento, e tornar a informação mais representativa das necessidades sentidas pelos respetivos prestadores de

cuidados informais (anexo II). Dada a limitação temporal e tendo em conta os processos burocráticos/administrativos da instituição, esta informação foi entregue no serviço para posterior validação por parte da chefia e tratamento gráfico pelo departamento de comunicação, com vista a integrar a documentação inicial entregue às crianças/jovens e família, segundo os modelos vigentes.

Adicionalmente, foi realizado um folheto informativo para as crianças/jovens e família acerca da prevenção de quedas, em parceria com a Enf^a responsável por ser o elo de ligação do serviço com o gabinete de gestão de risco (anexo III). A pertinência desta atividade e a relevância da parceria realça-se pelo fato de ser um dos indicadores de segurança e qualidade mais salientados pela instituição e pela relação da temática com as características da idade pediátrica, que tornam esta população mais suscetível a este tipo de ocorrências, principalmente em idades mais precoces (OE, 2010b).

Esta metodologia de trabalho permitiu integrar de forma muito notória todos os objetivos da UC, permitindo não só desenvolver as competências comuns e específicas do EEESCJ preconizadas pela OE, mas também dar visibilidade às intervenções de Enfermagem, fossem elas autónomas ou interdependentes.

A informatização dos Sistemas de Informação e a utilização da linguagem padronizada segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) permitiu objetivar de forma clara as intervenções e atitudes terapêuticas tidas como as mais adequadas para responder aos diagnósticos identificados. Partindo do princípio que os «status» dos diagnósticos e respetivas intervenções ‘apareciam’ ou ‘desapareciam’ da grelha de atividades de Enfermagem ativas, caso estivessem resolvidos ou não, seria de esperar que a clareza e objetividade facilitassem a perceção da evolução dos resultados. No entanto, parecia tornar-se mais complicado perceber a continuidade de cuidados através do sistema informático existente, pela maior compartimentação da informação, algo sentido e referido também pela equipa de Enfermagem.

No momento da alta, as *checklist's* existentes para o efeito permitiam aos enfermeiros a integração de toda a informação relevante da condição clínica da criança/jovem, dos diagnósticos e intervenções realizadas, assim como a necessidade de articulação com os cuidados de saúde primários, como preconizado tanto pela entidade que regula como pela entidade consultora da praxis (CNSCA, 2009; OE, 2013b). Estas *checklist's* revelaram-se uma mais-valia importante, quer para os enfermeiros menos experientes validarem toda a informação que precisavam dar às crianças/jovens e famílias, antes da alta, quer para todos os intervenientes (enfermeiros e crianças/jovens/família) se

assegurarem que a alta representava um conjunto completo de informações e necessidades dos segundos satisfeitas, permitindo um cuidar de excelência.

Dos cuidados de enfermagem prestados e das aprendizagens realizadas, destaca-se neste contexto como principais vantagens a oportunidade de utilização de escalas de avaliação baseadas na mais atual evidência científica como forma de avaliar e objetivar necessidades de cuidados. As escalas de avaliação permitem ainda objetivar e planejar as intervenções e avaliar os resultados também objetiva e padronizadamente.

A padronização dos registos feita neste contexto, assim como a utilização dos recursos tecnológicos facilitadores da verificação da qualidade, possibilitou também a comparação de dados e integração dos indicadores de qualidade no processo de planeamento e prestação dos cuidados, processo esse complementado pela reflexão formal e padronizada dos cuidados prestados – auditorias – coerente com os Padrões de Qualidade de Enfermagem recomendados pela OE (2013b).

No entanto, houve oportunidade para indentificar alguns inconvenientes sentidos pelos profissionais de enfermagem (mais concretamente neste serviço, onde a linguagem CIPE[®] era aplicada), tais como: a noção do consumo excessivo de tempo nos registos; a limitação na padronização dos registos, havendo a possibilidade de ‘selecionar’ apenas as intervenções pré-definidas pelo sistema de informação; e o fato dos registos puderem dificultar a continuidade na prestação de cuidados, dificuldade essa colmatada pela existência de uma folha adicional de passagem de turno.

Salientam-se as considerações referidas pelo que a literatura suporta, ao referir que a gestão da qualidade só poderá ter sentido se se considerar a reflexão crítica, a coerência na estruturação dos cuidados de Enfermagem e a sua tradução em indicadores como fundamentais para evidenciar o trabalho de Enfermagem (Heslop e Lu, 2014; Burns e Grove, 2011; Amaral et al, 2014; White *et al*, 2009). Estes indicadores permitem assim objetivar e facilitar a análise dos ganhos em saúde resultantes da nossa intervenção, como preconizado pelo RMDE (OE, 2007).

1.2 – SERVIÇO DE NEONATOLOGIA

Finalizado o período de estágio no Serviço de Pediatria, o contexto seguinte foi o de Neonatologia. Este situa-se como uma unidade de saúde hospitalar constituída Entidade Pública Empresarial em 2008, depois de uma experiência de 13 anos sob gestão privada,

estando integrada na rede do Serviço Nacional de Saúde e servindo uma população de cerca de 600 mil habitantes.

A instituição hospitalar apresenta-se com um nível de diferenciação na prestação de cuidados de saúde pertencente ao Grupo II e dispondo, entre outras, de 4 unidades de cuidados intensivos, uma delas sendo a Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos (Portaria nº 82/2014). Acreditado por parte do *Caspe Healthcare Knowledge System* (CHKS), este foi o primeiro hospital português a obter esta Acreditação, na altura atribuída pelo *King's Fund*, tendo sido **reacreditado** pela 5ª vez em 2015, segundo a página eletrónica oficial do Hospital (Portugal, 2016).

No segundo contexto de estágio – Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos – a natureza e complexidade dos cuidados prestados foi completamente distinta do primeiro. No entanto, o denominador comum da acreditação fez com que a metodologia e as estratégias existentes para a prestação de cuidados se assemelhassem em muitos aspetos, mesmo sendo diferentes as entidades acreditadoras.

A avaliação inicial de enfermagem, realizada no acolhimento da criança e família, permitiu evidenciar a preocupação constante com a identificação efetiva e precoce das suas necessidades, resultando em diagnósticos de enfermagem também eles precoces e adequados a essas mesmas necessidades. A existência de uma escala de apoio aos pais, preenchida pelos mesmos dias antes da alta provável do neonato, permitiu acompanhar a adequação dos cuidados às necessidades sentidas por ele durante todo este período, até à alta. Estes são aspetos que a OE (2010a; 2010b; 2012; 2013b) e White *et al* (2009) descrevem como autónomos da profissão de Enfermagem e fundamentais para a otimização do domínio e das competências dos enfermeiros. Para além deste aspeto vantajoso no que diz respeito ao cuidar, a utilização da referida escala era tida pela instituição como um dos critérios representativos da qualidade dos cuidados prestados, sob a forma de indicador de qualidade.

Assim como no contexto de estágio anterior, foi possível relacionar a prestação de cuidados de enfermagem, assentes na metodologia de acreditação em vigor na instituição, com o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, nomeadamente no que diz respeito à amamentação, algo tão marcante num serviço como o de neonatologia. Foi evidente a preocupação constante em permitir que os neonatos pudessem beneficiar das vantagens do aleitamento materno e, o mais precocemente possível (tendo em conta a condição clínica), da amamentação. Explorou-se consistentemente, durante o período de estágio, todos os conhecimentos, capacidades e potencialidades das mães para amamentar as crianças,

evidenciando o seu papel fundamental no cuidar e nos benefícios da amamentação para o mais célere estabelecimento das condições necessárias para a alta do neonato.

A prestação de cuidados durante o estágio foi assim ao encontro do preconizado por White *et al* (2009), ao referir que os conhecimentos, competências e habilidades devem coincidir com as reais necessidades da população a prestar cuidados de saúde, de forma a diminuir o risco real ou potencial de complicações ou lesões. O mesmo autor salienta ainda que o desempenho dos enfermeiros na prevenção da doença e na promoção da saúde e do bem-estar requer um entendimento das necessidades de saúde e características da população alvo de cuidados, permitindo aos profissionais de saúde a tomada de decisões focadas na resposta a essas mesmas necessidades e não simplesmente na ‘realização de tarefas’.

A Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (CNSCA), criada pelo Ministério da Saúde, confirma as afirmações anteriores ao salientar que, na comunidade, as equipas de saúde devem responder às necessidades de promoção de saúde e prevenção da doença das crianças e adolescentes, mas há necessidade de um enfermeiro especialista para situações de maior complexidade, tais como as de doença crónica, situações clínicas complexas e intervenções em grupos de risco. Salienta ainda que uma maior exigência na qualidade e na acessibilidade aos cuidados requer a garantia de um processo de cuidados continuados e centrados na unidade familiar, que vise a promoção e que envolva tomadas de decisão assentes numa parceria entre criança/jovem, pais e enfermeiro (CNSCA, 2009).

No âmbito do apoio às decisões sobre o recrutamento e praxis profissional, emerge a necessidade de apoio à gestão dos cuidados a partir do enquadramento conceptual vigente na área de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Privilegia-se o método de trabalho por “enfermeiro de referência”, imprescindível para uma prestação de cuidados de elevado nível de complexidade, que contemple e promova a satisfação da criança/jovem, permitindo simultaneamente a implementação de sistemas para a monitorização do custo/benefício efetivo e gestão da segurança (OE, 2013b: 16).

As atividades de Enfermagem permitiram confirmar o que a OE preconiza, havendo uma tentativa importante de privilegiar o método de trabalho por ‘enfermeiro de referência’. Sempre que presente no turno, o enfermeiro que assumia a responsabilidade pelo acolhimento da criança e família mantinha a responsabilidade pela continuidade da prestação dos cuidados. Num serviço em que os RN tendencialmente permaneciam vários dias (inclusivamente semanas), pelos diagnósticos mais frequentes de prematuridade e baixo peso, sentia-se com esta abordagem um conhecimento profundo dos profissionais de saúde em relação à situação e evolução clínica do RN, assim como uma relação próxima

entre os primeiros e a família dos RN, em que a resposta às necessidades eram facilmente identificadas, sujeitas a intervenções de enfermagem adequadas e com resultados satisfatórios.

Num serviço de elevado cariz tecnológico, foram frequentes as intervenções de Enfermagem relacionadas com a manutenção de funções vitais em crianças prematuras (principalmente). Foi frequente a prestação de cuidados de Enfermagem associados a crianças com necessidade de ventilação invasiva e não invasiva, com compromisso do sistema circulatório e necessidade de recurso a técnicas como a cateterização umbilical e epicutânea, entre outras. A instabilidade das funções vitais, muito frequentes nos RN com esta condição clínica associada, evidenciou a necessidade de comunicar com a família de forma objetiva e adequada tendo em vista a compreensão da mesma quanto à situação clínica e quanto ao seu papel na prestação de cuidados ao RN.

Houve ainda oportunidade de integrar uma equipa multidisciplinar que promove um conjunto de respostas ao RN e família de acordo com o preconizado pela OE que refere que “devido aos avanços da investigação médica e tecnológica, existe um elevado número de crianças com (...) risco de atraso do desenvolvimento, necessitando de reforço da intervenção precoce (...)” e que “o aumento da doença crónica e da esperança de vida suscitam a necessidade de cuidados continuados e paliativos pediátricos” (OE, 2010b: 2). Destaca-se, neste sentido, a oportunidade de integrar a dinâmica das intervenções de Enfermagem relacionadas com o projeto da UMAD – Unidade Móvel de Apoio Diferenciado, responsável pelo acompanhamento no domicílio das crianças com doença crónica, prematuros e/ou após internamentos prolongados.

A preocupação na organização de sessões de Educação para a Saúde, com vista à preparação para a alta do RN, durante a estadia das pessoas significativas de crianças internadas na UCIENP, representou uma mais-valia no que diz respeito à aprendizagem de competências relativas aos cuidados especializados em ESCJ. As sessões principais (já organizadas pela equipa de Enfermagem, respondendo a necessidades previamente identificadas) abordaram temas tão diversos como ‘Sono e choro do bebé’, ‘Direitos e deveres parentais’, ‘Cuidados de higiene e vestuário do bebé’, ‘Aleitamento artificial’, ‘Prevenção de acidentes e Primeiros Socorros’, ‘Doenças do bebé – Sinais de alerta’, ‘Vigilância de Saúde e Vacinação’, e ‘Cuidados em casa’. Estas sessões evidenciaram uma vez mais a qualidade dos cuidados em ESCJ prestados na instituição, intervindo os enfermeiros (principalmente enfermeiros especialistas) em parceria com a família/pessoa significativa através da educação para a saúde e identificando e mobilizando recursos de

suporte, de forma a prestar cuidados de nível avançado com segurança e competência e promover o mais elevado estado de saúde possível (OE, 2010b).

Tendo em consideração o diagnóstico mais comum de internamento na Unidade – a prematuridade e baixo peso – a identificação da necessidade de adequar os recursos específicos de suporte à família/pessoa significativa com vista a uma parceria de cuidados levou à criação de um folheto informativo acerca das características desta condição clínica, assim como do desenvolvimento espectável e dos recursos de saúde necessários para o atingir (anexo IV). Este trabalho procurou tornar-se num ponto de interligação entre as várias competências a desenvolver, descritas no Projeto de Estágio, com os focos de Enfermagem preconizados pela OE, nomeadamente ‘Desenvolvimento Infantil’, ‘Parentalidade’ e ‘Tomar conta’ (OE, 2007).

Pelo descrito, este contexto possibilitou um número considerável de aprendizagens relacionadas com a especificidade do RN e permitiu o desenvolvimento de competências no âmbito da ESCJ, nomeadamente a competência em assistir “a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”; em cuidar “da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”; e em prestar “cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento n.º 123/2011: 8655). Dado que a ação do EEESCJ se evidencia na resposta à complexidade em diversas áreas, este estágio permitiu claramente ir ao encontro destas premissas ao ser necessário “deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência”, assim como na “avaliação da família e na resposta às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar” (Regulamento n.º 123/2011: 8653).

Pelo fato dos cuidados de Enfermagem tomarem por foco de atenção a visão global da criança/jovem, as suas intrínsecas capacidades e autonomia, este contexto de estágio permitiu traduzir precisamente o que o Regulamento de Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESCJ preconiza, caracterizando ainda o “nível de participação dos pais, mediante um processo de negociação, liderança e decisão que incorpora a sua participação nos cuidados da menor à maior complexidade (...), sob supervisão do EEESCJ” (Ordem dos Enfermeiros, 2013b: 15).

1.3 – SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O Serviço de Urgência Pediátrica foi o local que permitiu finalizar o estágio de ESCJ II. Pertence a um hospital considerado terciário na diferenciação dos cuidados de saúde que presta, sendo de referência para as regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Sul e de referência nacional para algumas especialidades (DGS, 2012). O Departamento de Pediatria, que integra o respetivo serviço, é também ele **acreditado** pela *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*/Direção Geral da Saúde (DGS), desde 2012.

No terceiro e último contexto de estágio as oportunidades tornaram-se menores em quantidade (dado o menor período de estágio) mas não menos ricas em aprendizagem. Sendo um hospital de nível terciário na prestação de cuidados de saúde, rapidamente se criaram oportunidades para perceber a dinâmica de um serviço que acolhe não só crianças/jovens da sua área de influência como de qualquer ponto do país, tendo em consideração o diagnóstico clínico e a necessidade de determinadas especialidades, sendo este o nível que classifica o hospital como tendo “todas as especialidades médicas e cirúrgicas” (Portaria nº 82/2014: 2365). Como tal, tive oportunidade de adquirir competências alargadas de resposta a não menos alargados tipos de necessidades.

O contexto diferenciador em relação aos anteriores campos de estágio implica necessariamente uma abordagem diferenciada na identificação das necessidades de cuidados. Isto porque no contexto de urgência, as crianças/jovens e família/pessoa significativa não ficam, na grande maioria das situações, o tempo necessário para a aplicação das mesmas estratégias de identificação dessas necessidades como num contexto de internamento.

Ainda assim, através das atividades realizadas em comunhão com a missão dos diferentes contextos de estágio, foi notória a partilha de visão com a literatura de referência na prestação de cuidados de enfermagem à criança. Com esta afirmação salientam-se alguns princípios referidos na Carta da Criança Hospitalizada como

(...) o internamento como recurso último, o tratamento mínimo eficaz, o acompanhamento pelos pais e a adequação da informação e dos serviços aos diferentes grupos etários pediátricos. O incentivo à família na participação, decisão e colaboração dos cuidados, a humanização e formação dos técnicos de saúde, assim como o respeito pelos direitos relativos à religião e à barreira linguística e diferença cultural, devem também ser considerados imperativos essenciais, na organização dos Serviços de Pediatria (CNSCA, 2009: 28).

A metodologia de trabalho neste contexto de estágio tornou-se menos aplicável quanto ao enfermeiro de referência, percebendo os enfermeiros mais como executores de tarefas. Ainda assim, não significou necessariamente que tivessem menos atenção aos modelos teóricos (como o da parceria de cuidados de Anne Casey) ou às metodologias científicas assentes na avaliação da criança/jovem, nomeadamente no que diz respeito à avaliação respeitando a metodologia 'ABCDE' e do Triângulo de Avaliação Pediátrica (INEM, 2012).

Um dos fatores comuns em relação aos outros contextos foi precisamente a preocupação dos cuidados envolvendo a família, em sintonia com o que a CNSCA refere:

O desempenho do enfermeiro em pediatria centra-se na ajuda da família em crise, capacitando-a para lidar e/ou se ajustar à doença do filho, proporcionando o desenvolvimento das competências parentais. Os pais não substituem os técnicos, eles próprios necessitam de ser alvo dos cuidados de enfermagem; como principais peritos nos cuidados parentais, durante uma situação de doença ou internamento, sentem limitações das suas capacidades, perdendo muitas vezes o controlo da sua vida familiar e parental (CNSCA, 2009: 77).

As intervenções de Enfermagem neste contexto iniciaram-se, à partida, com a identificação de critérios de gravidade da condição clínica da criança/jovem, através da utilização dos protocolos de Triage de Manchester, sendo o modelo de triagem em vigência no serviço. Foram ainda frequentes as intervenções relacionadas com a estabilização inicial das funções vitais das crianças/jovens e o apoio à realização de exames complementares de diagnóstico, fosse através da colheita de produtos biológicos, fosse pelo acompanhamento das crianças e família a especialidades médicas onde os mesmos se realizavam.

A necessidade de vigilância e cuidados médicos e de enfermagem em determinadas situações, poderia implicar o encaminhamento das crianças/jovens para a Unidade de Internamento de Curta Duração, vulgarmente designada de Serviço de Observação. Neste espaço, integrado no Serviço de Urgência Pediátrica, as intervenções de Enfermagem aproximavam-se das referidas nos contextos de estágio anteriores, nomeadamente na identificação das necessidades iniciais da criança/jovem e família, após estabilização inicial da condição clínica. Em todos os momentos descritos, houve a preocupação em adequar a comunicação e informar a família acerca da situação clínica da criança/jovem e em integrar a família nos cuidados prestados. Havendo a necessidade de transferência para outros serviços (Unidade de Cuidados Intensivos ou Internamentos de especialidades

médicas), a informação acerca das necessidades não satisfeitas no serviço de origem era sempre transmitida de forma organizada, com a preocupação de uma continuidade dos cuidados prestados.

As atividades desenvolvidas e a procura de suporte à evidência permitiram constatar o que Amaral *et al* (2014) referem, sendo que as intervenções bem-sucedidas pressupõem uma interação efetiva entre enfermeiros e criança/jovem e família/pessoa significativa e, tendo em conta que as características de ambos podem influenciar esta interação e os resultados consequentes, ambos devem ser alvo de análise. Como tal, o nível de formação, em particular o nível avançado da mesma, e a categoria profissional podem ser indicadores de conhecimento e competências dos enfermeiros, podendo ser enfatizada por estudos existente a associação entre estes indicadores e resultados sensíveis.

Sendo o Enfermeiro Especialista em ESCJ, segundo o Regulamento n.º 123/2011 (2011: 8653), o que “(...) presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem (...), e trabalha em parceria com a família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que se encontrem, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível”, tornou-se evidente, com as aprendizagens realizadas nos diferentes contextos de Ensino Clínico, que a associação dos pressupostos das teorias do empoderamento familiar e dos cuidados centrados na família com o NREM não só é possível como deveras relevante.

Numa unidade de saúde com acreditação relativamente recente, houve uma preocupação mantida e muito significativa na identificação de aspetos que permitam a melhoria contínua na prestação de cuidados e na gestão desses mesmos cuidados. Neste sentido, foi identificada a necessidade de motivar os profissionais de saúde para o registo de eventos adversos, que tem como finalidade envolver todo o sistema organizacional na procura de melhores respostas para que os mesmos não aconteçam. Assim, foram realizadas várias formações em serviço, de carácter mais informal durante as passagens de turno, relacionadas com a “Segurança do Doente e o Registo de Eventos Adversos”, tentando envolver o maior número de profissionais de enfermagem possível (anexo V).

Este trabalho, não procurando representar qualquer foco em particular, almejou evidenciar a cultura de segurança na prestação de cuidados, já tão descrita na literatura, reforçando o enunciado da Declaração de Luxemburgo que refere ser um direito dos doentes ter a expectativa de que sejam feitos todos os esforços para garantir a sua segurança enquanto utilizadores dos serviços de saúde (Eiras, 2008; DGS, 2009; FCG, 2014; OPSS, 2015).

Pretendeu-se, desta forma, interligar as aprendizagens tidas até ao momento, fazendo emergir as competências do EEESCJ salientadas pelo Regulamento n.º 123/2011: “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento n.º 123/2011: 8653).

A prestação de cuidados de enfermagem nos diferentes contextos de estágio permitiu assim perceber como adequar as exigências na identificação das diferentes necessidades, nos diagnósticos e nas intervenções associadas, assim como perceber e interpretar os resultados inerentes, ao relacionar todos esses aspetos no sistema que se impõe com as componentes de estrutura, processos e resultados, de acordo com a referência de Doran (2011).

. Havendo a necessidade de registar de forma padronizada este processo, a sua adequação à evidência dos modelos preconizados que sustentam a acreditação da qualidade dos cuidados torna-se, desta forma, muito significativa.

Concretamente para os EEESCJ este parece ser, cada vez mais, o momento de aproveitar a oportunidade para “balizar a qualidade dos cuidados especializados, (...) que estimule a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e apoie processos de melhoria contínua da qualidade” (OE, 2010b: 2).

2 – A QUALIDADE DOS CUIDADOS EM ENFERMAGEM E OS RESULTADOS SENSÍVEIS

“Cada pessoa tem o direito básico de acesso a cuidados de saúde de qualidade e em segurança, sendo-lhe reconhecida a legitimidade para exigir essa mesma qualidade em todos os cuidados que lhe são prestados” (OPSS, 2015: 100).

Com a premissa de um direito básico dos cidadãos, também para o sistema de saúde a qualidade e segurança “são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados” (Despacho n.º 5613/2015: 13551).

O conceito de qualidade em saúde apresenta-se expresso em literatura variada mas face à pertinência do documento na temática e para a estratégia do país, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 define-o como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (Despacho n.º 5613/2015: 13551).

A nível nacional e segundo o Relatório de 2015 sobre o estado da saúde em Portugal, da Fundação Calouste Gulbenkian, “a saúde dos portugueses alcançou notáveis progressos nas últimas décadas, que nos posicionam em lugar de reconhecimento internacional e que constitui a marca mais positiva dos 40 anos do nosso regime democrático” (FCG, 2014: 2).

Quanto aos cuidados que dizem respeito à área infantil, segundo Maria do Céu Machado, presidente da CNSCA responsável pelo documento orientador da Comissão entre 2004 e 2008, Portugal é citado no Relatório Mundial da Saúde de 2008 como o exemplo da melhoria de cuidados maternos e infantis, resultado da organização de cuidados primários e especializados.

No entanto, os desafios persistem mesmo havendo um reconhecimento público do progresso nacional. Mesmo existindo grupos de trabalho dedicados à qualidade dos

cuidados de saúde que produzem normas de orientação em diversas áreas, sob orientação da DGS, referencia-se alguma dificuldade na perceção da real qualidade da prestação de cuidados no Serviço Nacional de Saúde pela limitação no financiamento e na implementação de algumas medidas, assim como na incapacidade de auditoria à qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2013a). Também a ENQS 2015-2020 salienta ser necessário, “no caminho da melhoria contínua, aumentar a responsabilização pela qualidade de todos os patamares do sistema e aumentar o envolvimento dos profissionais e das lideranças” (Despacho n.º 5613/2015: 13552).

A crescente redução de profissionais de saúde e a conhecida crise económica tem aumentado e continuará a aumentar a pressão das organizações de prestação de cuidados de saúde para gerir os seus recursos de forma eficiente e eficaz (White et al., 2009). Sendo seguro que as causas não se esgotarão por aqui, a verdade é que cada vez mais, nos dias de hoje, as organizações estão a reconhecer a importância de evidenciar a qualidade dos cuidados de saúde que prestam assentes na evidência científica.

Amaral *et al* (2014), citando Irvine *et al* (2002) e Newbold (2008), salienta que, num contexto de contenção de custos, as organizações devem reestruturar-se numa perspectiva de se responsabilizarem em assegurar e valorizarem a qualidade dos cuidados, assim como a segurança e satisfação dos utentes e cuidadores. Sustentando esta afirmação, a ENQS indica que qualquer contexto económico-financeiro exige uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde, uma vez que estas são pilares da qualidade em saúde. Assim, a qualidade, intimamente ligada à segurança dos cuidados, é uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde Português (Despacho n.º 5613/2015).

2.1 – QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

“É um facto que a natureza multiprofissional e multidisciplinar da qualidade em saúde é influenciada pela qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (Pereira, 2009: 71).

Com base neste pressuposto, a Ordem dos Enfermeiros disponibiliza aos seus profissionais uma vasta literatura que evidencia a importância da prestação de cuidados de qualidade e a necessidade de ter uma Enfermagem que analise as suas práticas, reflita sobre elas e indique os melhores caminhos, assegurando o seu papel nos cuidados

globais de saúde podendo influenciar, inclusivamente, as políticas do sector (OE, 2010b).

Do estatuto da OE, no artigo 109º que se remete à excelência do exercício, emerge o dever do profissional “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”, assim como o de “procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2015: 86). O mesmo documento evidencia como valores universais “a competência e o aperfeiçoamento profissional”, assim como “a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais” como princípios orientadores da prática dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015: 81).

Como membro integrante de uma equipa que presta cuidados globais de saúde, é responsabilidade do enfermeiro assumir o dever de integrar a referida equipa, “em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços” (Ordem dos Enfermeiros, 2015: 87).

A prática profissional como enfermeiro e as aprendizagens conseguidas nos contextos dos estágios permitiram realçar, do ponto de vista pessoal, o enorme papel que a Enfermagem desempenha nos cuidados de saúde prestados à criança/jovem e família. No entanto, será fácil concordar com os autores que referem como frequente os cuidados de Enfermagem não serem totalmente ou adequadamente entendidos pelos órgãos responsáveis pela gestão a vários níveis, ou comunicados de forma incorreta aos mesmos (Heslop & Lu, 2014).

Sendo esta uma preocupação cada vez mais comum a quem cuida e reflete sobre a prática de Enfermagem, existe nos dias de hoje, uma considerável evidência a defender a criação de bases de dados de Indicadores de Enfermagem que sejam sensíveis e suportem a prática de cuidados de saúde baseados na evidência (Aydin *et al* 2004, Kurtzman e Corrigan 2007, citados por Heslop e Lu, 2014). Esta afirmação confirma o referido por Newbold (2008), citado por Amaral *et al* (2014), referindo que se os enfermeiros representam o maior grupo de profissionais de saúde, o custo e o impacto das suas ações têm necessariamente que constituir uma preocupação para os decisores e nas políticas deste setor.

Em Portugal, a ordem profissional que tutela a prática de Enfermagem assume como prioritária uma “política de promoção e melhoria contínua da qualidade dos

cuidados de enfermagem, com um forte enfoque nos resultados, indo ao encontro daquilo que é adotado pelas diferentes organizações internacionais, ocupadas com a problemática da qualidade em saúde” (OE, 2007: 2). Desde 2007 que pretende acompanhar a tendência global de avaliação das intervenções de Enfermagem, através da criação de documentos e orientações quanto ao Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE), com o objetivo de definir as linhas gerais do modelo, dos conteúdos e dos requisitos de comparabilidade que viabilizem a produção automática de um conjunto de indicadores de enfermagem, para diferentes níveis e utilizadores (OE, 2007).

O resumo mínimo de dados de enfermagem corresponde na sua estrutura a um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem e define-se, citando Werley *et al* (1991), como “(...) o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde”, (OE, 2007: 1). Com estes dados, pretende-se traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população, sendo a informação traduzida em indicadores.

Os indicadores revelam a sua utilidade como uma medida quantitativa que faz emergir dados da realidade e permite analisar uma determinada situação (neste caso relacionada com os cuidados em saúde), refletindo as mudanças ocorridas e identificando conseqüentemente o quão bem os profissionais de saúde e os processos organizacionais respondem a necessidades dos utilizadores dos serviços de saúde. Não sendo uma medida direta de qualidade, podem os indicadores atuar como sinalizadores que identificam e dirigem a atenção para assuntos específicos e, em conseqüência, ser usados para monitorizar e avaliar a qualidade dos cuidados prestados (Tronchin *et al*, 2009).

Face às necessidades identificadas em cada um dos contextos de estágio, foi constante a preocupação em identificar e realizar intervenções de Enfermagem que se relacionassem também, da forma mais direta possível, com os indicadores preconizados pela OE para a área de assistência às crianças em meio hospitalar (OE, 2007).

O projeto de estágio e o desenvolvimento do mesmo nos diferentes contextos almejou evidenciar o que a OE (2010a, b; 2012; 2013) e White *et al* (2009) descrevem como fundamentais para a otimização do domínio e das competências dos enfermeiros, entendendo a identificação das necessidades de saúde e das características particulares da

população alvo dos cuidados (neste caso a população pediátrica) como algo que influencia o desempenho dos enfermeiros e a sua intervenção na prevenção da doença e na promoção da saúde e do bem-estar das crianças/jovens e família.

Nesta perspetiva, também a OE elege o pressuposto da dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros como um dos aspetos influenciadores da saúde das populações que, pela “natureza dos conteúdos clínicos do RMDE (diagnósticos, intervenções e resultados), está orientada para os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” (OE, 2007: 2).

Tanto o RMDE como muita da informação da OE associada à qualidade dos cuidados de Enfermagem encontra-se relacionada com as componentes de avaliação da qualidade – estrutura, processos e resultados. Parece assim lógico descrever sucintamente o modelo concetual explorado por Irvine *et al* (1998) que procurou analisar a contribuição dos enfermeiros no contexto dos cuidados de saúde, baseada na relação entre as variáveis referidas através do *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM).

2.2 – O ‘NURSING ROLE EFFECTIVENESS MODEL’

São várias as teorias que podem fundamentar a prática de Enfermagem, no entanto, “difícilmente alguma consegue descrever o que é a enfermagem no seu todo” (Ferreira e Amendoeira, 2015: 398).

Culturalmente, a preocupação com a prática de Enfermagem e com os seus resultados esteve quase sempre presente e, durante as últimas três décadas, tem havido internacionalmente uma grande mudança e evolução nos conceitos e teorias que a sustentam. Os autores consultados referem que, nos dias de hoje, a quantificação e ‘medição’ do que os enfermeiros fazem torna-se essencial para conseguir justificar financiamento e melhorar a prática e os resultados (Heslop & Lu, 2014).

Sendo que a teoria pode guiar a prática e a prática pode influenciar e sustentar a teoria, procura-se o “desenvolvimento do conhecimento em enfermagem no sentido de obtermos os melhores resultados em saúde através de uma prestação de cuidados ao nível da excelência” (Ferreira e Amendoeira, 2015: 399). Desta forma, o *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM) apresenta-se como um dos modelos que parece melhor responder à relação entre as experiências e aprendizagens conseguidas nestes contextos

de estágio e a preocupação com a qualidade e resultados da prestação de cuidados de Enfermagem.

O modelo emergiu da pesquisa relacionada com a avaliação dos cuidados de saúde, tendo Donabedian proposto uma teoria de qualidade dos cuidados relacionando os processos e a sua avaliação. Em 1987, identificou 3 objetos de avaliação na procura da qualidade – estrutura, processo e resultados – e salientou a ideia de que um programa completo de avaliação da qualidade requereria um uso simultâneo dos 3 conceitos e a avaliação da relação entre todos eles (Burns e Grove, 2011). Donabedian tornou-se assim pioneiro ao salientar a necessidade lógica de explorar a perspetiva dos processos de cuidados que conduzem a determinados resultados.

O desenvolvimento do NREM por Irvine *et al* (1998) surge posteriormente e com a intenção de orientar a avaliação e a relação entre processos de enfermagem e resultados para os pacientes, baseando este modelo na teoria de qualidade dos cuidados de Donabedian. Na altura, eram poucos os estudos existentes que tentavam descrever processos particulares de enfermagem, e menos ainda a sua relação com os resultados atingidos, para além de não estarem ainda claramente definidas as atividades de Enfermagem e de serem inconsistentes entre enfermeiros e instituições (Irvine *et al*, 1998, citados por Burns e Grove, 2011).

Segundo Sidani *et al* (2004), citados por Amaral *et al* (2014), este modelo apresenta duas abordagens principais – a primeira com enfoque na gestão do processo de cuidados, baseado na premissa de se conseguirem resultados variáveis tendo em conta a variabilidade das características e condição de saúde dos utentes prévia à necessidade de cuidados, das características dos enfermeiros e do ambiente, do tipo de cuidados prestados e dos resultados esperados. A segunda abordagem enfoca a segurança do doente, que inclui eventos adversos na prestação de cuidados, tais como erros de medicação, quedas ou infeções nosocomiais (McGillis-Hall e Doran, Pink, 2004, citados por Amaral, 2014).

Nos diferentes contextos de estágio, a existência de uma política organizacional de qualidade na prestação de cuidados, assente nos processos de acreditação, e o nível de conhecimentos e competências no âmbito da enfermagem avançada e dos cuidados especializados em enfermagem da saúde da criança e do jovem, detidos pelos enfermeiros cooperantes, objetivou a realização de atividades com vista à integração das mesmas nos indicadores de qualidade existentes em cada instituição.

A qualidade é, segundo este modelo, mediada pelos elementos estruturais do contexto de prestação de cuidados, pelo processo que os prestadores de cuidados aplicam e pelas alterações – resultados – que resultam da interação entre o sujeito dos cuidados e os outros elementos (Ferreira e Amendoeira, 2015).

No que diz respeito à componente de Estrutura, esta apresenta 3 variáveis: a organização, os profissionais de enfermagem e o paciente, sendo que todas elas podem influenciar a qualidade dos cuidados de Enfermagem. As proposições do NREM descrevem a relação entre as variáveis de estrutura como influenciadoras na capacidade dos enfermeiros em atuar com efetividade nas atividades (independentes, dependentes e interdependentes) tendo efeito direto nos resultados clínicos e funcionais dos doentes, assim como na sua satisfação e nos custos (Burns e Grove, 2011).

De acordo com Irvine *et al* (1998, 2002), citados por Burns e Grove (2011) e Ferreira e Amendoeira (2015), a variável de Estrutura que se refere à organização pode incluir fatores como o tipo de profissionais existentes, a carga de trabalho, e o padrão de atribuição de atividades, afetando diretamente a prestação de cuidados de enfermagem. A variável que se refere aos profissionais de Enfermagem pode incluir fatores como o nível de experiência, o conhecimento, e as competências, influenciando a qualidade dos cuidados de enfermagem. A variável relacionada com os pacientes pode incluir fatores como o estado de saúde (presente e prévio à doença), diagnóstico e co-morbilidades, condicionando a prestação de cuidados ou a obtenção de resultados.

Relativamente à componente de Processo, esta relaciona-se com os papéis e atividades desempenhados pelos Enfermeiros. Os papéis representam as posições que os profissionais ocupam dentro das organizações e a que estão associados determinados comportamentos esperados. Estes papéis profissionais tornam-se complexos pelas características e pelas expectativas normativas a que está associada a prática das diferentes categorias profissionais, reguladas por entidades externas a essas organizações, assim como pelas expectativas que cada organização culturalmente desenvolveu para cada uma das profissões (White *et al*, 2009; Amaral *et al*, 2014).

Os diferentes autores descrevem as atividades de Enfermagem inerentes à componente de Processo como autónomas, dependentes e interdependentes.

As atividades autónomas dos enfermeiros incluem ações iniciadas pelos mesmos em resposta a problemas da pessoa, avaliando-os, diagnosticando, estabelecendo intervenções de enfermagem e reavaliando. As atividades autónomas têm, desta forma,

efeito direto nos resultados clínicos e funcionais dos doentes, assim como nos custos e na sua satisfação (White *et al*, 2009; Burns e Grove, 2011; Amaral *et al*, 2014).

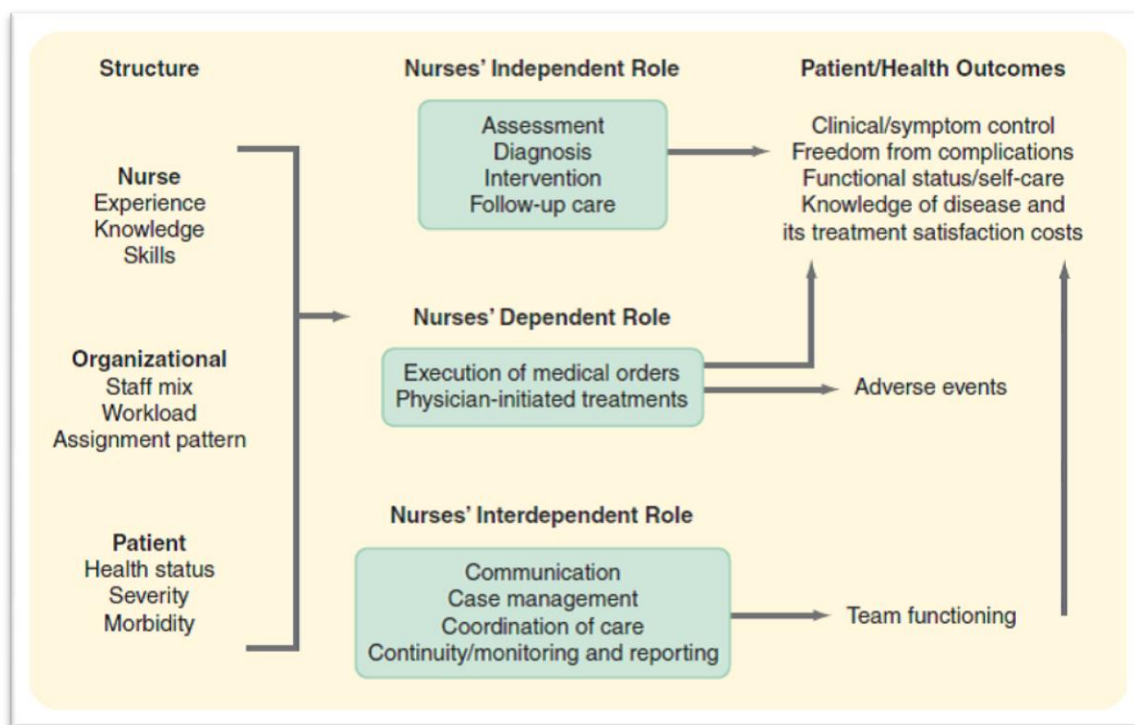
Já relativamente às atividades dependentes ou relacionadas com o papel do médico, são estas ações de enfermagem em resposta a prescrições médicas e avaliação da resposta da pessoa aos cuidados. São descritos que os exemplos de erros de medicação e outros eventos adversos associados às referidas atividades podem afetar todos os tipos de resultados relacionados com os doentes (White *et al*, 2009; Burns e Grove, 2011).

Também as atividades interdependentes dos enfermeiros tidas como ações partilhadas com outros membros da equipa de saúde, incluem a comunicação e coordenação interprofissional (como exemplo a coordenação do planeamento da alta), e a natureza deste tipo de variável pode influenciar importantes resultados e custos tais como tempo de permanência (internamento), taxas de mortalidade, custos excessivos de cuidados no domicílio após alta, readmissões na urgência e re-hospitalizações não programadas (White *et al*, 2009; Burns e Grove, 2011; Amaral *et al*, 2014; Ferreira e Amendoeira, 2015).

A componente Resultados torna-se o culminar da análise do modelo representando os efeitos dos cuidados prestados, que inclui o estado funcional do doente e competência no autocuidado, a gestão dos sintomas, o conhecimento da doença como forma de gerir o processo da mesma, o tratamento e gestão de efeitos secundários, a satisfação com os cuidados e custo (Sidani, 2011, citado por Amaral *et al*, 2014; Irvine *et al* 1998, citados por Ferreira e Amendoeira, 2015). Em 2002, Doran *et al* conduziram um estudo empírico que lhes permitiu perceber que o NREM foi efetivo na avaliação dos resultados relativos aos cuidados de enfermagem (Burns e Grove, 2011).

O quadro seguinte pretende sintetizar a informação descrita acerca das diferentes componentes do NREM, sendo que, no fundo, “estrutura é como se organizam os cuidados, processo é como se prestam, e resultados são o que se pretende atingir” Makary *et al*. (2006), citados por Heslop e Lu (2014: 2471).

Ilustração 1 - *Nursing Role Effectiveness Model*



Fonte: Burns e Grove (2011: 292)

Integrando os conceitos do NREM no objetivo das atividades realizadas em estágio, as intervenções de Enfermagem procuraram dar resposta às necessidades da criança/jovem e família como alvos do cuidar. Tentou-se ainda evidenciar a necessidade dos resultados traduzirem cuidados de excelência, indo ao encontro das premissas dos autores que referem que a excelência dos cuidados só se torna possível se se apostar na qualidade dos mesmos, tornando-se necessária a sua respetiva avaliação (Ferreira e Amendoeira, 2015).

2.3 – OS RESULTADOS DE ENFERMAGEM EM PEDIATRIA

O objetivo fundamental dos cuidados de Enfermagem é produzir ganhos em saúde. Ganhos esses que poderão ser considerados sensíveis aos cuidados de enfermagem se existirem “evoluções positivas ou modificações operadas no estado dos diagnósticos de enfermagem, após as intervenções”, a que correspondem os resultados sensíveis (OE, 2004: 6). Ferreira e Amendoeira (2015) confirmam que, para

Donabedian (1966, 1980), resultado se traduz numa mudança que ocorre relativamente ao estado de saúde atual e futuro da pessoa podendo ser atribuído à prestação de cuidados de saúde. Estes resultados, podendo ser mensurados e comparados a dados iniciais ao longo do tempo, podem permitir a monitorização de mudanças favoráveis ou adversas, no estado de saúde real ou potencial de pessoas, grupos ou comunidades, atribuídos a cuidados anteriores ou concomitantes (Moorhead *et al*, 2008, citados por Seabra *et al*, 2013).

Ferreira e Amendoeira (2015) acrescentam que os resultados sensíveis em enfermagem são os que emergem em função de intervenções prescritas, diagnosticadas e planeadas pelos enfermeiros. Nos dias de hoje, é já evidente que os resultados dos utentes podem ajudar a avaliar práticas e mudanças nas equipas. Ao avaliar os resultados sensíveis pretende-se, precisamente, avaliar e evidenciar a intervenção de Enfermagem na perspetiva do seu contributo para a obtenção de ganhos em saúde (OE, 2004; Seabra *et al*, 2013).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 e o documento de revisão e extensão do PNS a 2020 propõem algumas medidas que dizem respeito à qualidade em saúde, entre as quais “a monitorização e publicação dos resultados da prestação de cuidados de saúde e a respetiva relação com o volume de cuidados” e “o reforço do impacto da qualidade na avaliação do desempenho profissional e institucional e no financiamento das instituições prestadoras de cuidados” (DGS, 2015: 17).

O documento da OMS intitulado ‘Estratégia Europeia para a Saúde e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente’ recomendou a recolha de informação, a análise das tendências temporais e a comparação com outros países, considerando estes processos como fundamentais na identificação de intervenções efetivas nestes grupos etários. Nesse sentido, a organização mundial propôs na altura a implementação e monitorização de programas em áreas tão diversas como a promoção de hábitos alimentares saudáveis, higiene oral e pessoal, condições ambientais seguras, prevenção do abuso e prevenção de dificuldades auditivas, da visão ou do desenvolvimento (Machado *et al*, 2011).

Num artigo relacionado com a avaliação do PNS da primeira década do século XXI, salientou-se o pouco que se sabia sobre o estado da saúde das crianças na União Europeia após a primeira infância e de praticamente não existir informação de âmbito nacional quanto a resultados de programas e intervenções dirigidos a esta faixa etária (Machado *et al*, 2011). Para conseguirem traduzir alguns resultados quanto à evolução

dos Indicadores do PNS 2004-2010, as autoras sentiram necessidade de calcular indicadores demográficos, sociais, de vacinação, saúde oral, escolar, mortalidades e comportamentos dos adolescentes recorrendo a dados estatísticos de várias entidades (Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Saúde, DGS, entre outras).

No que diz respeito à demonstração de resultados dos cuidados de saúde prestados, parece haver uma evolução positiva na quantidade e qualidade de informação disponível. Em 2009, o Ministério da Saúde publicou o ‘SNS 30 anos – garantir o futuro’ que procurou demonstrar a evolução do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e da qualidade de vida e de saúde dos portugueses com recurso a indicadores da saúde (Ministério da Saúde, 2009).

Para os Cuidados de Saúde Primários, a Administração Central do Sistema de Saúde emite anualmente um documento que expõe todos os indicadores a contratuar pelas unidades prestadoras de cuidados, no qual inclui um conjunto de indicadores para a área clínica de Saúde Infantil e Juvenil (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

Novamente o Ministério da Saúde procurou evidenciar, através do Despacho n.º 5739/2015, a necessidade de reforçar os mecanismos de transparência e de responsabilização, da gestão e da prestação do setor da saúde a nível governamental. Este despacho pretende, através da divulgação trimestral dos resultados de determinados indicadores, melhorar o conhecimento do desempenho do SNS, por parte dos cidadãos e das comunidades. Classificados como ‘Indicadores Pediátricos’, o desempenho que traduz a qualidade dos cuidados de saúde prestados no SNS a este grupo etário resume-se a: “Taxa de infeções da corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central”; “Sépsis pós-operatória”; “Taxa de internamento por asma”; e “Taxa de internamento por complicações agudas da diabetes” (Despacho n.º 5739/2015: 13879). No entanto, associado a outra categoria de monitorização da qualidade dos cuidados surge também um indicador que integra a população pediátrica, sendo esta “Taxa de RN de baixo peso” (Despacho n.º 5739/2015: 13878).

Existindo desta forma alguma evidência na procura nacional de resultados que representem a população pediátrica, parecem manter-se escassos os dados existentes que traduzem o contributo das intervenções de enfermagem nos cuidados de saúde prestados à população. Contribuindo os enfermeiros de forma muito ativa para a concretização de muitos dos indicadores referidos, uns de forma mais direta que outros, será pertinente averiguar, dentro da perspetiva dos enfermeiros como parte integrante de

uma equipa de saúde, o espaço que a Enfermagem ocupa como profissão que também contribui de forma autónoma para os ganhos em saúde.

Para se atingir a excelência da qualidade assistencial nos serviços de saúde, um dos grandes desafios que a Enfermagem enfrenta é a avaliação dos resultados dos serviços oferecidos à sua população/comunidade, podendo estes ser indicadores da qualidade dos cuidados prestados (Ferreira e Amendoeira, 2015).

Desta forma, a procura por indicadores existentes na prática de Enfermagem para o cuidado à população pediátrica remete-nos para a consulta do Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde, da OE. Estes indicadores, organizados também eles nas componentes de estrutura, processo e resultado e acrescentando indicadores epidemiológicos, assumem os requisitos básicos de comparabilidade da informação assentes em três elementos: “partilha da mesma linguagem classificada de enfermagem; partilha dos mesmos enunciados que descrevem os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem; e partilha do mesmo modelo de leitura do material e fórmulas de cálculo dos indicadores” (OE, 2007: 5).

Assim sendo, referente à área de saúde infanto-juvenil, o RMDE apresenta para o contexto hospitalar o seguinte core de focos: “Adesão ao regime medicamentoso / dietético”; “Amamentação”; “Aspiração”; “Cair”; “Desenvolvimento infantil”; “Desidratação”; “Dor”; “Excesso de peso”; “Malnutrição”; “Medo”; “Parentalidade”; “Tomar conta”; e “Úlcera de pressão”. Para o contexto de cuidados de saúde primários, o core de focos presentes no RMDE inclui: “Adesão à vacina”; “Amamentação”; “Desenvolvimento infantil”; “Excesso de peso”; “Parentalidade” e “Uso contraceptivos” (OE, 2007: 9).

O documento apresentado procura esclarecer a forma como se produzem resultados sensíveis à prática dos cuidados de Enfermagem, salientando a importância da sua revisão anual. No entanto, não só parece existir alguma dificuldade na sua atualização – pela ausência de novas referências bibliográficas desde o enunciado original, em 2007 – como parece persistir a dificuldade na sua implementação a nível nacional pelos constrangimentos na utilização padronizada dos sistemas de informação, factos suportados pela literatura referida no início deste subcapítulo. Nos contextos de estágio, foi possível confirmar este último aspeto pela forma distinta de organizar a informação inerente à prestação de cuidados de Enfermagem, assim como pelas

diferenças significativas existentes quanto à utilização dos sistemas de informação na demonstração de resultados desses mesmos cuidados.

Pelo exposto, parecem persistir as dificuldades em atuar em conformidade com o recomendado pelo Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, ao referir que

a avaliação e comparação não representam um fim em si, mas um meio para apoiar o processo de melhoria, constituindo-se como uma forma de aprendizagem, dado que a procura de melhores práticas implica uma análise cuidada das diversas formas de implementação dos processos, das metodologias de trabalho e dos diferentes arranjos organizacionais – e, claro, com a análise de resultados, a definição de recomendações e a sua implementação (OE, 2010b: 7).

Considerando as problemáticas apresentadas, nomeadamente no que diz respeito à existência de reduzida informação relacionada com os resultados sensíveis à prática de Enfermagem na população pediátrica, emergiu de forma natural o interesse na procura da melhor evidência científica que desse resposta a esta questão, tendo em conta as aprendizagens e competências adquiridas nos diferentes contextos de estágio.

No próximo capítulo, pretende-se esclarecer a metodologia utilizada na procura da melhor evidência científica como forma de sustentar a prática, dirigindo a questão fundamentada pela problemática para a Revisão Sistemática da Literatura.

3 – METODOLOGIA DE PESQUISA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem II e Relatório preconiza o recurso à metodologia científica e à revisão sistemática da literatura (RSL) para enquadrar e fundamentar a prática clínica e a suscetibilidade de mudança baseada na evidência científica.

Segundo Higgins e Green (2011), a RSL pretende dar resposta a uma questão de investigação específica recorrendo à evidência científica, selecionada através de uma metodologia explícita e passível de ser reproduzida, definindo e aplicando um conjunto de critérios claros e objetivos. Ao identificar todos os estudos científicos que se enquadram nos critérios definidos, a RSL permite obter resultados fiáveis, criar conclusões credíveis e fundamentar decisões baseadas na evidência.

Considerando o enquadramento teórico, foi tido em conta o protocolo da RSL e a estratégia PI[C]O recomendada por Santos *et al* (2007) e representada no quadro nº 1, definindo-se a seguinte pergunta: Quais os resultados sensíveis (O) aos cuidados de enfermagem (I), na população pediátrica (P)?

Tabela 1 – Protocolo da revisão sistemática de acordo com a pergunta PI[C]O

	Palavras-chave	Termos / Descritores
P (População)	Crianças	‘Child’
I (Intervenções)	Cuidados de Enfermagem	‘Nursing Care’
C (Comparação)	---	---
O (outcomes – resultados)	Resultados sensíveis	‘Nursing sensitive outcomes’

As palavras-chave definidas deram origem a descritores que foram validados pela ‘United States National Library of Medicine - Medical Subject Headings’, através da ‘MeSH Browser’ (2016), a que foram associados termos que se consideraram relevantes para a pesquisa. Procurou-se, desta forma, utilizar uma linguagem científica certificada, cujas expressões são descritas como:

- ‘Nursing Care’ – Cuidados prestados a pacientes por profissionais de enfermagem (MeSH Browser, 2016);
- ‘Nursing Sensitive Outcomes’ – Não sendo considerado descritor MeSH, o termo aplicado (que pretende refletir os resultados sensíveis em Enfermagem) enquadra-se na metodologia recomendada por Doran (2011) para realização de uma revisão da literatura sobre a temática. É considerado pela autora um dos termos genéricos que pode acompanhar palavras-chave específicas e relevantes para a pesquisa dos resultados pretendidos;
- ‘Child’ – Pessoa entre os 6 e os 12 anos de idade (MeSH Browser, 2016).

A Ordem dos Enfermeiros considera que a “(...) Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade” (Regulamento n.º 123/2011: 8653).

Para a população pediátrica, constatou-se a ausência de um termo descritor MeSH abrangente, que refletisse todas as idades que a integram. Verificando-se os mesmos artigos como resultado da utilização de termos representativos de outras faixas etárias pediátricas, optou-se por utilizar o descritor que evidenciasse um maior número de resultados na pesquisa.

No dia 11 de janeiro de 2016, utilizando um friso cronológico de 10 anos e os critérios de inclusão explícitos no quadro nº 2, realizou-se a pesquisa de artigos recorrendo à plataforma de pesquisa EBSCOhost, nas bases de dados ‘CINAHL[®] Complete’, ‘MEDLINE Complete’ e ‘Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive’. O acesso foi efetuado a partir do site disponibilizado pela Ordem dos Enfermeiros e a pesquisa realizada no distrito de Leiria.

Tabela 2 – Critérios de inclusão dos artigos

Critérios de inclusão
Artigos de janeiro de 2006 até janeiro de 2016 (inclusive)
Artigos com texto completo em PDF
Artigos com resumo disponível
Artigos redigidos em Inglês, Castelhana e Português.

Após considerar os critérios de inclusão descritos, iniciou-se o cruzamento dos termos utilizando o booleano 'AND', e cujos resultados são discriminados no quadro seguinte:

Tabela 3 – Resultados do cruzamento dos termos aplicados à RSL

Termos	Código	Nº artigos disponíveis
'Nursing Care'	A	105,383
'Nursing Sensitive Outcomes'	B	184
'Child'	C	348,573
A 'and' B		67
A 'and' C		5,838
B 'and' C		9
A 'and' B 'and' C		4

Estando um artigo repetido em duas bases de dados, procedeu-se de seguida à leitura dos títulos e resumos dos 3 artigos encontrados, considerando-os válidos como corpus de análise.

Para uma fácil compreensão da metodologia utilizada na análise dos artigos, foram sistematizados os aspetos considerados mais relevantes, assim como os níveis de evidência segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2011), que se apresentam no anexo VI.

4 – DISCUSSÃO DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Neste capítulo são analisados os três artigos resultantes da RSL e discutidos os seus principais resultados relativamente à prática profissional ocorrida em contexto de estágio.

‘Quality nursing care in Australian paediatric hospitals: a Delphi approach to identifying indicators’

O artigo publicado no ‘Journal of Clinical Nursing’ por Wilson *et al* (2012a), pretende identificar indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem para a população pediátrica, tendo como referência as dimensões de estrutura, processo e resultados. Foi utilizada a técnica de Delphi a um painel de peritos em Enfermagem de forma a identificar esses indicadores como válidos, viáveis, fidedignos e adequados para hospitais pediátricos australianos. A literatura revista pelos autores, acerca da temática em estudo, permitiu selecionar 57 indicadores com potencial para medir a qualidade dos cuidados de Enfermagem realizados à população pediátrica.

Através da realização de 3 questionários ‘online’ para o painel de peritos pretendeu-se classificar esses indicadores quanto à sua adequação ao contexto pediátrico e à sua validade para a prática de Enfermagem a crianças/jovens, à viabilidade para a recolha de dados e quanto à fiabilidade da documentação existente.

Um consenso de 75% quanto à validade para a Enfermagem em pediatria foi alcançado para 42 indicadores, identificando-os como potenciais medidas de avaliação da qualidade dos cuidados de Enfermagem, em pediatria. Esses indicadores encontram-se expressos no quadro nº 4.

Tabela 4 – Indicadores classificados no artigo como sensíveis aos cuidados de Enfermagem, para a população pediátrica

Indicadores
Indicadores de estrutura
‘Skill mix’
‘Nursing staff turnover’
‘Nurse-to-patient ratio’
‘Nursing staff overtime’
‘Nursing staff absenteeism’
‘Nursing hours/patient day’
Colhidos dos registos clínicos
‘Prevalence of pain management’
‘Nursing documentation of patient assessment completed’
‘Peripheral intravenous infiltrations rates’
‘Prevalence of pressure ulcers’
‘Education provided to child and/or family’
‘Child’s discharge planning’
‘Breast feeding maintained during hospitalisation’
‘Faecal impaction/constipation rate’
‘MET and code blue calls initiated by nurses’
‘Opportunistic immunisation rate’
‘Referral rate to allied health’
‘Unplanned extubation’
Colhidos dos dados administrativos
‘Medication administration errors’
‘HA gastrointestinal infections’
‘HA wound infections’
‘HA aspiration pneumonias’
‘HA central line infections’
‘Failure to rescue’
‘HA respiratory tract infections’
‘HA infectious diseases’
‘Respiratory failure or respiratory arrests’
‘Postoperative wound infections’
‘HA pneumonias’
‘HA ventilator-associated pneumonias’
‘Metabolic derangements’
‘HA blood stream infections’
‘Postoperative cardiopulmonary complications’
‘Central nervous system complications’
Colhidos de inquéritos a pacientes/família
‘Satisfaction with overall nursing care’
‘Satisfaction with pain management’
‘Satisfaction with educational information’

'Family-centred care practised'
'Complaints of nursing care'
'Multicultural nursing care practised'
Colhidos de inquéritos a enfermeiros
'Nursing staff satisfaction'
'Opinion of work environment'

MET – 'Medical Emergency Team'; HA – 'Healthcare-Associated'

Fonte: (Wilson *et al*, 2012a: 1600)

A identificação de indicadores sensíveis em Enfermagem, válidos no contexto pediátrico, é considerado pelos autores como o primeiro passo para medir a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros às crianças. Ainda assim, foram consideradas necessárias investigações adicionais para resolver questões de fiabilidade e viabilidade dos dados recolhidos, assim como para assegurar que os indicadores ocorrem com a frequência necessária nos hospitais australianos para terem utilidade clínica. Uma vez estabelecida essa identificação, os autores acreditaram que a avaliação dos indicadores poderia levar à melhoria dos cuidados e da segurança dos mesmos nos hospitais.

Entre os contextos de estágio, houve divergências na identificação dos resultados resultantes da prestação de cuidados de enfermagem, emergindo sobretudo os resultados tidos como prioritários pela organização e pelos respetivos processos de acreditação, de diferentes entidades. Dos resultados destacam-se, entre outros: a correta identificação dos doentes, a identificação das necessidades de cuidados na admissão, e o planeamento da alta (num determinado contexto de estágio); a prevenção de quedas e a notificação de eventos adverso, como os erros na administração de medicamentos (noutro contexto de estágio); ou o nível de satisfação dos utentes (noutro contexto).

Alguns dos indicadores utilizados para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nos contextos de estágio, encaixam perfeitamente nos resultados identificados pelos autores do estudo. Destacam-se, por exemplo, 'Prevalence of pain management'; 'Nursing documentation of patient assessment completed'; 'Education provided to child and/or family'; 'Child's discharge planning'; 'Breast feeding maintained during hospitalisation'; 'Medication administration errors'; 'Satisfaction with overall nursing care'; 'Family-centred care practised'; 'Complaints of nursing care'; e 'Nursing staff satisfaction'.

Nos indicadores referenciados, destaca-se a evidência da centralidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros, pois surgem em função de intervenções que “resultam da prescrição, diagnóstico e planeamento realizado pelos enfermeiros”, como defendem Ferreira e Amendoeira (2015: 405). Desta forma, o facto de alguns destes indicadores terem sido identificados pelos pacientes/família permite confirmar o que os autores citados referem, que “a centralidade dos cuidados valorizados pela pessoa/cliente é um atributo de elevada qualidade dos cuidados revelando que os cuidados prestados se enquadram num paradigma holista, de flexibilidade e reciprocidade” (Ferreira e Amendoeira, 2015: 405).

Os resultados apresentados pelo artigo permitem ainda a associação com o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, referido no enquadramento teórico e aplicado nos contextos de estágio. Esta associação torna-se mais evidente ao serem referidos indicadores como ‘Nursing documentation of patient assessment completed’, ‘Education provided to child and/or family’; ‘Child’s discharge planning’; ‘Breast feeding maintained during hospitalisation’; ou ‘Family-centred care practised’.

A preocupação com a identificação das necessidades de cuidados sentidas pelas crianças/jovens e família, e a adequação dessas necessidades aos diagnósticos e intervenções de enfermagem realizadas nos contextos de estágio, permitiu materializar o que Ferreira e Amendoeira (2015: 405) verificaram, ao referirem que “responder às necessidades e atender às preferências dos clientes, bem como, realizar educação para a saúde e disponibilizar informação de saúde, são pressupostos indispensáveis à satisfação da qualidade dos cuidados pelos clientes (...), revelando a importância do papel do enfermeiro nestas áreas”. Estes aspetos foram claramente tidos em consideração na realização das atividades nos diferentes contextos de estágios, nomeadamente no folheto de informação à família acerca do agravamento da situação clínica das crianças/jovens, no folheto sobre a prevenção de quedas e no tríptico relacionado com a prematuridade e baixo peso. Relacionando assim estes aspetos aos cuidados de enfermagem prestados nos estágios, poderiam também eles ser demonstrados por indicadores como: ‘Education provided to child and/or family’; ‘Breast feeding maintained during hospitalisation’; ‘Satisfaction with overall nursing care’; ‘Satisfaction with pain management’; ‘Satisfaction with educational information’; ‘Family-centred care practised’; ou ‘Multicultural nursing care practised’.

Fazendo uma análise às intervenções realizadas nos diferentes contextos de estágio, que permitiram a aquisição das competências já referidas, realça-se que estas poderiam ser demonstradas pelos indicadores referidos no artigo, tornando a avaliação da qualidade dos

cuidados de enfermagem prestados eventualmente mais completa que utilizando apenas o RMDE, recomendado pela OE.

A identificação de indicadores sensíveis em Enfermagem feita pelos autores do estudo torna-se distinta da percebida em contextos de estágio, dado que Wilson *et al* (2012a) recorreram a dados administrativos já comumente utilizados e que refletiam resultados da prestação de cuidados aos pacientes. Estas variáveis permitiram identificar indicadores relacionados exclusivamente com o trabalho realizado pelos enfermeiros, mas também fizeram emergir indicadores relacionados com o trabalho interdisciplinar, pois alguns deles dificilmente se poderiam atribuir exclusivamente a intervenções realizadas pelos enfermeiros (como por exemplo os indicadores colhidos dos dados administrativos). Estes resultados distanciam-se parcialmente do documento emanado pela OE, o ‘Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde’, dado que a categorização dos indicadores neste segundo documento se remete para o trabalho relacionado exclusivamente pelos enfermeiros, à exceção dos indicadores epidemiológicos.

‘Identifying paediatric nursing-sensitive outcomes in linked administrative health data’

O estudo de coorte retrospectivo, apresentado por Wilson *et al* (2012b) na ‘BMC Health Services Research’, tinha como objetivo principal testar algoritmos de resultados sensíveis em Enfermagem para adultos em população pediátrica e reajustá-los para aumentar a precisão na identificação desses resultados, em meio hospitalar. Para além desse objetivo, os autores pretendiam determinar se a utilização de registos hospitalares associados melhorava a probabilidade de uma correta identificação de resultados que fossem sensíveis em Enfermagem, em vez de resultados associados a condições de pré-morbilidade.

Foram analisados dados de saúde de todas as crianças com idade inferior a 18 anos, admitidas num determinado hospital, considerado pelos autores como terciário pediátrico da Austrália Ocidental, durante 10 anos, entre 1999 e 2009. Foram ainda analisados registos em períodos anteriores (10 anos) e posteriores (11 meses) aos 10 anos selecionados no estudo, para determinar co-morbilidades que pudessem ter influência direta nos resultados sensíveis em Enfermagem (RSE) analisados. Estes ‘dados associados’

permitiram criar critérios de inclusão e exclusão de registos (co-morbilidades) diretamente relacionados a RSE, para a população pediátrica.

Os autores utilizaram como referência os algoritmos de um estudo de Needleman *et al* (2001), analisando apenas os seguintes resultados identificados como sensíveis em Enfermagem: úlceras de pressão, pneumonia e infeção de ferida cirúrgica. Para cada RSE, foi calculada a frequência do diagnóstico e verificados os códigos processuais associados ao episódio de admissão de cada criança, de forma a identificar qualquer condição ou procedimento que possa ter contribuído para o resultado, não excluídos nos algoritmos do estudo de Needleman *et al*. No artigo, foi categorizada a amostra por grupo etário, género, residência, tipo de admissão, tipologia de caso e diagnóstico principal.

Como conclusões, os autores evidenciaram que, ao contrário de outros estudos sobre RSE, o uso de dados associados permitiu melhorar a sensibilidade dos resultados quantificáveis que refletem a qualidade dos cuidados de enfermagem. No entanto, o risco de exclusão de alguns resultados sensíveis em Enfermagem persistiu, nomeadamente o de ‘úlceras de pressão’, pela baixa prevalência na população pediátrica.

Os algoritmos de ‘pneumonia’ e ‘infeção de ferida cirúrgica’ puderam assim ser considerados pelos autores como potencialmente válidos para iniciativas de melhoria da qualidade hospitalar e um ponto de partida para ‘benchmarking’ nacional em hospitais pediátricos terciários.

Por último, os autores consideraram a validação prévia de algoritmos como um passo importante no processo de avaliação de RSE em diferentes populações, podendo os algoritmos pediátricos ser usados para determinar a existência de relação entre RSE e níveis de competência dos enfermeiros ou, inclusivamente, de dotações adequadas em hospitais pediátricos.

Mais uma vez, as conclusões deste artigo evidenciam uma forma distinta de identificar RSE e apresentar possíveis relações entre estes e outras variáveis implícitas ao NREM. Remetendo à informação do artigo anterior, de que os bons indicadores serão aqueles que se conseguem extrair dos sistemas de informação existentes (Wilson *et al*, 2012a), pode ser esta uma das razões para que pouco se conheça “sobre a relação entre cuidados de enfermagem e os seus resultados”, como confirma genericamente Doran (2011) e, para a realidade portuguesa, Ferreira e Amendoeira (2015: 397). Existindo documentos emanados pela Ordem dos Enfermeiros portuguesa, tais como o ‘Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de

Dados da Saúde’, em 2007, e a ‘Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem’, em 2014, certo é que parece não existir qualquer obrigatoriedade das instituições seguirem essas indicações e desconhece-se qualquer publicação relativa à análise do cumprimento das mesmas.

Nos contextos de estágio, mais uma vez parecem não ter sido evidenciadas as linhas de orientação preconizadas pelos referidos documentos para a prestação de cuidados de enfermagem, ou tão pouco que os sistemas de informação disponíveis pudessem demonstrar a categorização proposta pelo RMDE. No entanto, num dos contextos de estágio, foi notória a preocupação da integração da metodologia inerente ao Programa dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, preconizada pela OE, na motivação para a construção de projetos de melhoria contínua da prática de enfermagem. Esta preocupação ficou demonstrada pelas formações internas realizadas a todos os enfermeiros do serviço, durante o período de estágio.

Goossen *et al* (1998), citados por Doran (2011) realçam que, infelizmente, muitos dos dados necessários para medir e avaliar a contribuição dos enfermeiros nos cuidados de saúde se encontram ausentes das plataformas de dados da saúde. Como resultado, a contribuição dos enfermeiros nos resultados dos doentes e dos cuidados de saúde continua, na maior parte das situações, invisível. Como forma de retificar esta ausência de informação pertinente que permita avaliar a contribuição dos enfermeiros nos cuidados de saúde, a autora defende que os sistemas de informação devem conter métodos consistentes de colheita de dados usando linguagem padronizada que permita agregar e comparar esses mesmos dados (Doran, 2011). Neste sentido, pela prática experienciada nos contextos de estágio, parece ainda haver um longo caminho a percorrer em Portugal para que os RSE para a população pediátrica se tornem fáceis de identificar através dos sistemas de informação.

Os resultados representados no artigo em análise permitiram perceber uma metodologia diferente na recolha da informação, que pode tornar mais simples (por procurar codificações clínicas já largamente utilizadas) a identificação de resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem, dada a adequação à população pediátrica evidenciada. Será importante realçar que, podendo ser uma metodologia válida para a identificação de RSE para a população pediátrica, esta necessita de implementação nos sistemas de informação nacionais, carecendo ainda de adequação às características da população pediátrica, às características dos grupos etários intrínsecos à população pediátrica, e ao contexto hospitalar, em Portugal.

A OE tem disponível, no seu ‘site’ oficial, a informação do Conselho Internacional de Enfermeiros e da ‘International Health Terminology Standards Development Organisation’ relativa ao lançamento, no início de março de 2016, de uma tabela de equivalências entre as intervenções de Enfermagem constantes nas respetivas terminologias CIPE® e a Classificação Sistemática dos Termos de Medicina Clínica. Esta iniciativa, que pretende assim facilitar o trabalho em equipa e os registos eletrónicos interdisciplinares, apresenta-se com documentos específicos para contextos distintos, entre os quais o contexto da criança hospitalizada. Desta forma, parece existir interesse internacional e institucional em promover uma mais ágil identificação da contribuição do trabalho dos enfermeiros para a qualidade dos cuidados de saúde prestados à criança hospitalizada. No entanto, esta mostra-se ainda como uma área com um enorme potencial de reflexão e melhoria da sua aplicabilidade.

‘Evaluation of paediatric nursing-sensitive outcomes in an Australian population using linked administrative hospital data’

O artigo realizado por Wilson *et al* (2013), publicado na ‘BMC Health Services Research’, representa um estudo de coorte retrospectivo, com a finalidade de averiguar a utilidade clínica de 13 resultados sensíveis em Enfermagem para a população pediátrica, cujos algoritmos foram pelos autores desenvolvidos no estudo anterior. Para a concretização deste objetivo, este estudo pretende determinar as taxas dos respetivos RSE num hospital terciário pediátrico da Austrália Ocidental; verificar as características clínicas e sociodemográficas associadas a um maior risco de desenvolvimento de RSE em crianças hospitalizadas; e ainda determinar fatores associados a quaisquer eventos adversos experienciados pelas crianças.

Os autores analisaram os dados de saúde de todas as crianças com idade <18 anos, admitidas num hospital terciário pediátrico da Austrália Ocidental, durante 10 anos, relacionando eletronicamente cada um dos registos com registos prévios (até 10 anos antes) e posteriores (até 9 meses depois) à data do estudo. Desta forma, foram incluídos no estudo 129.719 registos, correspondendo a 79.016 crianças admitidas. De salientar que a qualidade dos dados relacionados foi avaliada e a percentagem estimada de falsos positivos e falsos negativos foi de 0,11%.

Os RSE para a população pediátrica analisados foram: ‘Infeção do trato respiratório inferior (que não pneumonia) adquirida em contexto hospitalar’; ‘Infeção gastrointestinal’; ‘Pneumonia’; ‘Sepsis’; ‘Paragem cardiorrespiratória, choque ou falência respiratória’; ‘Complicações do Sistema Nervoso Central’; ‘Infeção de cateter venoso central’; ‘Doença infecciosa’; ‘Úlcera de pressão’; ‘Insucesso na reanimação’; ‘Infeção de ferida cirúrgica’, ‘Transtorno fisiológico/metabólico’; e ‘Complicações cardiopulmonares pós-operatórias’.

Foram identificados como fatores de risco de associação a RSE para a população pediátrica a idade; género; tipo de admissão; ‘case mix’; número de transferências de serviço; época do ano; ano de admissão; índice de desvantagem sócio-económica relativa (pelo Census australiano); e grau de afastamento geográfico (pelo Census australiano).

No estudo, foram analisadas as diferenças entre características dos que obtinham (ou não) RSE, utilizando testes estatísticos específicos para as variáveis qualitativas e quantitativas. Foi ainda realizada uma análise de regressão estatística para determinar a existência de uma associação significativa entre cada um dos RSE e cada um dos fatores de risco.

Como conclusão, o estudo salienta que sete dos treze RSE definidos ocorreram com frequência suficiente (> 100 eventos durante os 10 anos do período em estudo) para serem potencialmente úteis na monitorização da qualidade dos cuidados de enfermagem, prestados a crianças/jovens. Foram estes ‘Infeção do trato respiratório inferior’; ‘Infeção gastrointestinal’, ‘Pneumonia’, ‘Infeção de ferida cirúrgica’, ‘Transtorno fisiológico/metabólico’, ‘Sepsis’ e ‘Complicações cardiopulmonares pós-operatórias’. Os autores consideraram ainda que os dados careceriam de ajustes ou de estratificação por idade ou tipo de admissão, para se puder assegurar comparações equitativas caso sejam utilizados para melhoria da qualidade ou para ‘benchmark’ com outras entidades.

O fato dos três artigos encontrados refletirem uma metodologia e um trabalho aparentemente sequencial, pertencente ao mesmo grupo de investigadores, será de considerar como uma limitação na variabilidade de conclusões e/ou interpretações que eventualmente se expectava uma revisão sistemática da literatura. Acrescentar, o fato de todos os artigos incluírem dados da população australiana, limita de forma inequívoca a possibilidade de generalização para populações com outras características, mesmo pertencendo à mesma faixa etária.

Apesar da codificação clínica poder facilitar muito a identificação de RSE, e de haver evidência da sua adequação para a população pediátrica, estes parecem não tornar

tão evidente qual a influência que o papel dos enfermeiros e das suas intervenções têm para cada um dos resultados apresentados.

Pretendeu-se assim dar resposta à pergunta PI[C]O inicialmente formulada: “Quais os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, na população pediátrica?”. A análise dos artigos permitiu identificar um conjunto alargado de indicadores e de resultados baseados na codificação clínica, que se mostram sensíveis aos cuidados de enfermagem. Permitiu ainda perceber que, mediante um determinado tratamento estatístico, se pode salientar a sua utilidade como potencial medida de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a crianças/jovens. E que, dentro dos resultados analisados (tendo como referência o NREM), se podem relacionar outros modelos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem, nomeadamente o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey.

Embora não representem a população pediátrica portuguesa, parece importante salientar que os resultados apresentados permitiram evidenciar o que é preconizado pela OE como um dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, a organização dos cuidados de enfermagem. Neste enunciado, preconiza-se que o enfermeiro contribua para a “a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”, “na procura permanente da excelência no exercício profissional” (OE, 2012: 18). Para tal, a OE reforça a necessidade de existir um sistema que permita registar e evidenciar “as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente”, assumindo como fundamental a existência de um “número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem”, que se utilizem “metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade” e que os enfermeiros consigam estar satisfeitos “relativamente à qualidade do exercício profissional” (OE, 2012: 18).

As diferentes abordagens na recolha e categorização de dados, que permitem evidenciar a contribuição dos enfermeiros nos cuidados de saúde, podem dar resposta a desafios apresentados pelos sistemas de saúde e que são, hoje em dia, internacionais. Estes desafios remetem-se, por exemplo, à escassez de recursos, à necessidade de justificar custos de cuidados, à utilização crescente de tecnologia, e à emergente necessidade de suportar a prática pela evidência, a um conjunto de utilizadores dos serviços de saúde cada vez mais informados e exigentes (Doran, 2011).

Este tipo de dados torna-se, assim, vantajoso no sentido de tornar visível o trabalho realizado pelos enfermeiros, fornecendo ainda conhecimento baseado na evidência que

pode guiar a prática de enfermagem e as decisões de gestores e políticos. Pode ainda facilitar o planeamento e a avaliação da organização dos cuidados, permitindo a identificação de boas práticas e o ‘benchmarking’ entre organizações semelhantes (Doran, 2011).

5 – CONCLUSÃO

O relatório apresentou e associou o percurso de aquisição de competências específicas do estágio da Unidade Curricular de Enfermagem da Criança e do Jovem II e Relatório com a fundamentação teórica que permitiu sustentar a aquisição de competências.

Este relatório foi redigido em torno do desenvolvimento de competências na área de especialidade de saúde infantil e pediatria e da identificação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem na população pediátrica, como forma de avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros a esta população. Afinal de contas, “falar de qualidade dos cuidados é falar de pessoas: das pessoas utilizadoras e prestadoras de cuidados” (OE, 2014: 10), e “um dos pressupostos da qualidade e da sua melhoria contínua que surge em primeiro lugar é a focalização no cliente” (Ferreira e Amendoeira, 2015: 401).

O estágio representou uma mais-valia importante no desenvolvimento pessoal e profissional, na medida em que a interação com contextos profissional e metodologias de organização dos cuidados diferentes daqueles em que se exerce funções, possibilitou uma visão dos cuidados de enfermagem à criança e família mais abrangente e, no entanto, mais focada. Este permitiu a observação da criança/jovem e família tendo em conta as suas especificidades e necessidades reais, considerando o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, e evidenciando a importância dos pais/família enquanto parceiros nos cuidados dos seus filhos.

A temática da identificação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem na população pediátrica permitiu aprofundar conhecimentos numa área de interesse pessoal, associando a motivação e empenho no desenvolvimento das atividades nos diferentes contextos de estágio com a aprendizagem de formas de evidenciar os cuidados de enfermagem.

Através da revisão sistemática da literatura encontraram-se evidências científicas que dão resposta à pergunta PI[C]O formulada e poderão, eventualmente, contribuir

para a prática. Assim, as evidências científicas descrevem um conjunto de indicadores que se mostram sensíveis aos cuidados de enfermagem, prestados a crianças/jovens, e que têm potencial para refletir a qualidade dos mesmos. A codificação de dados clínicos mostra também alguns resultados com potencial para refletir a qualidade dos cuidados de enfermagem a crianças/jovens, considerando as suas características específicas.

A reflexão dos cuidados prestados, motivada pelos estágios e expressa no relatório, apoiou a necessidade de evidenciar a contribuição dos enfermeiros na prestação de cuidados de saúde, e realçou a importância de integrar os contributos que emergem da reflexão na prática diária, como forma de melhorar a própria intervenção com a criança e jovem.

A prestação de cuidados, que teve como referência o modelo de enfermagem de parceria de cuidados de Casey e o ‘Nursing Role Effectiveness Model’, permitiu integrar conhecimentos, estruturar os cuidados e compreender o modo de utilização e interligação dos modelos teóricos na prática, melhorando desta forma o desempenho profissional nos diferentes contextos de estágio.

Os próprios contextos de estágio foram bastante propícios à aprendizagem e à aquisição de competências, dada a diversidade de cuidados prestados e atividades desenvolvidas, que permitiram uma visão abrangente da realidade dos cuidados prestados, em meio hospitalar, à criança, jovem e família ao longo do seu ciclo de vida. O acompanhamento feito pelas enfermeiras cooperantes foi facilitador, não só da adaptação a diferentes contextos de prestação de cuidados, mas também de momentos de reflexão sobre as experiências vivenciadas ao longo do estágio.

O estágio permitiu a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, de acordo com o artigo 4º do Regulamento n.º 123/2011. Para tal, salienta-se a adequação dos cuidados de enfermagem prestados nos contextos de estágio às competências assinaladas no referido regulamento, estabelecendo com a criança, jovem e família uma parceria promotora da otimização da saúde, capacitando a família na gestão dos cuidados e promovendo a parentalidade. Em situações de especial complexidade, foram mobilizados os recursos adequados para cuidar da criança/jovem, quer no que diz respeito à manutenção das funções vitais e do bem-estar, quer na articulação multidisciplinar exigida, considerando os limites de competência e atuação da enfermagem. Por último, o conhecimento das especificidades e exigências do desenvolvimento nas diferentes fases do ciclo de vida, permitiu responder de forma eficaz às necessidades das crianças/jovens e famílias,

identificadas por si e/ou pela equipa de saúde, promovendo assim a maximização do seu potencial de desenvolvimento, desde a vinculação à adolescência.

No decorrer do estágio considero ter tido dificuldades sobretudo no que diz respeito à carga horária e de trabalho que a conjugação das atividades, enquanto mestrando e enquanto profissional, exigiu. No entanto, a motivação e empenho na melhoria contínua enquanto profissional transformaram estas dificuldades em desafios compensadores.

Conclui-se destacando a importância da gestão dos cuidados de enfermagem como um enunciado fundamental dos padrões de qualidade, que este relatório permitiu evidenciar. Um dos eventuais objetivos profissionais futuros será fazer parte do processo de acreditação da instituição e/ou do serviço hospitalar onde é realizada a atividade profissional, esperando que, para tal, contribuam as competências e os conhecimentos adquiridos, assim como o trabalho académico realizado.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Bilhete de Identidade dos Indicadores de Contratualização dos Cuidados de Saúde Primários Propostos para ano de 2015*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Amaral, A., Ferreira, P., Cardoso, M., & Vidinha, T. (2014). Implementation of the Nursing Role Effectiveness Model. *International Journal of Caring Sciences*, Vol. 7, Issue 3, Setembro-Dezembro 2014. 757-770.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2011). Chapter 9 - Outcomes Research. In N. Burns, & S. K. Grove, *Understanding Nursing Research: Building an Evidence-Based Practice*. (5ª edição). Maryland Heights: Elsevier Saunders.
- Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente. (2009). *Comissão Nacional para a Saúde da Criança e do Adolescente: 2004-2008*. Lisboa: Portugal - Alto Comissariado da Saúde.
- Costa, R. e. (2009). O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. *Texto Contexto Enfermagem*, Out-Dez; 18(4): 661-9.
- Despacho n.º 5613/2015. (n.d.). *Diário da República, n.º 102/27 de maio de 2015 - 2ª série: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Despacho n.º 5739/2015. (n.d.). *Diário da República, N.º 104/29 de maio de 2015 - 2ª série*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Dias, L. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. *Revista Clínica Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca*, 2 (1), pp. 39-40.
- Direção Geral da Saúde. (2009). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2012). *Inquérito de Prevalência de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde e Utilização de Antimicrobianos nos Hospitais de Agudos na*

- Europa - Protocolo Versão 4.2: Inquérito completo*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes - The State of the Science*. Ontario (Canada): Jones & Bartlett Learning.
- Eiras, M. (2008). Gestão da Segurança do Doente e Eventos Adversos. *Apresentação em Conversas de Fim de Tarde - Risco e Segurança em Meio Hospitalar*. Lisboa: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar.
- Ferreira, R., & Amendoeira, J. (2015). Resultados Sensíveis em Enfermagem. Ensaio: Modelo de Avaliação da Qualidade dos Cuidados. *Revista da UIIPS*, 5 (3), pp. 396-407.
- Fontes, C. M., Olbrich, S. R., & Juliani, C. M. (s.d.). *Indicadores da assistência de enfermagem: revisão bibliográfica em base nacional e internacional*. Retrieved from Nursing care indicators: literature review on national and international databases: www.convibra.org
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2014). *Um Futuro para a Saúde: todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Heslop, L., & Lu, S. (2014). Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 2469-82.
- Higgins, J., & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, versão 5.1.0 [atualizado em março 2011]*. Retrieved janeiro 25, 2016, from www.cochrane-handbook.org.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Emergências Pediátricas e Obstétricas*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Irvine, D., Sidani, S., & McGillis Hall, L. (1998). Finding value in nursing care: a framework for quality improvement and clinical evaluation. *Nursing Economics*, 16(3), pp. 110-131.
- Machado, M. C., Alves, M. I., & Couceiro, M. L. (2011). Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42 (5), pp. 195-204.
- Melnyk, B., & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Ministério da Saúde. (2009). *SNS 30 anos - garantir o futuro*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Nunes, S. (2014). *Promoção da Saúde: Intervenção de Enfermagem para Promover a Adesão a Comportamentos de Saúde na Criança e Família*. Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém. Santarém: Instituto Politécnico de Santarém.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2015). *Relatório de Primavera 2015 - Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?* Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Oliveira, M. (2012). *Relatório de Estágio*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. *Revista Ordem dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde*. Retrieved 06 09, 2014, from http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem & Relatório Bienal*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010c). *Inventário das Prioridades de Formação em Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved julho 3, 2014, from <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Re>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *DIVULGAR: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013a). *15 Propostas para Melhorar a Eficiência no Serviço Nacional de Saúde - Contributos da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2013b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, F. M. (2009). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros - Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto: Universidade do Porto.
- Portaria n.º 82/2014. (n.d.). *Diário da República n.º 71/10 de abril de 2014 - 1ª série*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Portugal. Secretaria-Geral do Ministério da Saúde. (2016). www.hff.min-saude.pt. Retrieved Fevereiro 3, 2016, from Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE: www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/gestao-da-qualidade_10
- Regulamento n.º 123/2011. (n.d.). *Diário da República n.º 35/18 de Fevereiro de 2011 - 2.ª série: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-Americana de Enfermagem*.
- Seabra, P., Sá, L., & Amendoeira, J. (2013). Resultados Sensíveis às Intervenções de Enfermagem com Pessoas Dependentes de Drogas. Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 17.
- Tronchin, D., Melleiro, M., Kurcgant, P., Garcia, A., & Garzin, A. (2009). Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(3), pp. 542-6.
- U.S. National Library of Medicine. (2016). *MeSH Browser 2016*. Retrieved janeiro 11, 2016, from MeSH (Medical Subject Headings): <https://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

- White, D. e. (2009). *Enhancing Nursing Role Effectiveness Through Job Redesign – Final Report*. Calgary: Calgary Health Region: Alberta Health Services.
- Wilson, S., Bremner, A. P., Hauck, Y., & Finn, J. (2012b). Identifying paediatric nursing-sensitive outcomes in linked administrative health data. *BMC Health Services Research*, (12) 209.
- Wilson, S., Bremner, A. P., Hauck, Y., & Finn, J. (2013). Evaluation of paediatric nursing-sensitive outcomes in an Australian population using linked administrative hospital data. *BMC Health Services Research*, (13) 396.
- Wilson, S., Hauck, Y., Bremner, A., & Finn, J. (2012a). Quality nursing care in Australian paediatric hospitals: a Delphi approach to identifying indicators. *Journal of Clinical Nursing*, 21, pp. 1594-1605.

ANEXOS

ANEXO I

Projeto de Estágio da Unidade Curricular de Estágio em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II e Relatório

Resultados sensíveis em Enfermagem para a população pediátrica



Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém



2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

PROJETO DE ESTÁGIO

ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM II

Luís Miguel Faria Silvério

Santarém, fevereiro, 2015

Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem
UC – Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II

PROJETO DE ESTÁGIO

**ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
DA CRIANÇA E DO JOVEM II**

Autor

Luís Miguel Faria Silvério, nº: 130435003

Orientadora

Professora Maria Regina Ferreira

Enfermeiros(as) Cooperantes

Enfermeira Patrícia Nascimento (Pediatria)

Enfermeira Joana Amaral (Neonatologia)

Enfermeira Priscila Carreira (Urgência Pediátrica)

Santarém, fevereiro, 2015

LISTA DE SIGLAS

DGS – Direção Geral da Saúde

ECESCJ – Ensino Clínico em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

ESCJ – Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

HFF – Hospital Fernando Fonseca

HSM – Hospital Santa Maria

HVFX – Hospital Vila Franca de Xira

Neonat. - Neonatologia

OE – Ordem dos Enfermeiros

Urg. Ped. – Urgência Pediátrica

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	4
1. ENQUADRAMENTO DO PROJETO	6
2. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO	8
2.1. OBJETIVOS.....	8
2.2. COMPETÊNCIAS.....	8
2.3. DURAÇÃO.....	9
2.4. CRONOGRAMA.....	9
2.5. ATIVIDADES A DESENVOLVER	10
3. AVALIAÇÃO	13
4. BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA	14

ANEXOS

ANEXO I - CRONOGRAMA DE UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO II E RELATÓRIO	19
ANEXO II - CRONOGRAMA DE CADA CONTEXTO DO ENSINO CLÍNICO DE ESCJ II	20

0. INTRODUÇÃO

Segundo o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2009: 10), o Enfermeiro Especialista é o profissional que apresenta “(...) um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas a um campo de intervenção” e a quem lhe foram reconhecidas competências para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade.

No âmbito do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II (ECESCJ), integrado no 2º Mestrado em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem, da Escola Superior de Saúde de Santarém, pretende este documento representar os objetivos a atingir e as atividades a desenvolver durante o estágio, entre 16 de fevereiro e 19 de junho de 2015, nos diferentes contextos de prestação de cuidados hospitalares à criança e ao jovem.

No que diz respeito ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (ESCJ), a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2013: 10) preconiza que seja o profissional que “(...) presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa (...)”, trabalhando em parceria com os mesmos em qualquer contexto em que se encontrem, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível.

À semelhança do ECESCJ I e, de forma a poder haver uma linha condutora durante o período de Ensino Clínico, foi definida uma temática primordial a integrar nas atividades a realizar. Assim sendo, a temática predominante estará relacionada com os **“Indicadores de Qualidade em Enfermagem nos Cuidados Hospitalares”**.

Para além de ser uma área de interesse do mestrando, a pertinência do projeto encontra-se representada no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESCJ, que define serem elementos importantes, entre outros, a “existência de um sistema de melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas

em ESCJ”, a “utilização de metodologias de organização dos cuidados de Enfermagem promotoras da qualidade (...)” e do “(...) estabelecimento de parcerias com os agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde, das quais as inerentes à articulação entre os cuidados de saúde primários, cuidados de saúde secundários e/ou recursos da comunidade” (OE, 2013: 29).

1. ENQUADRAMENTO DO PROJETO

Na realização deste projeto de estágio, parece-me pertinente manter a coerência de associar os conceitos de qualidade na saúde, em Enfermagem e os seus indicadores à identificação dos diagnósticos de situação e ao planeamento, conceção, intervenção e avaliação dos cuidados de Enfermagem a prestar.

Sabemos que nos dias de hoje, “(...) os cidadãos têm expectativas cada vez mais elevadas, exigem mais transparência na informação sobre o desempenho das organizações prestadoras de cuidados, mais regulação, mais informação e maior participação nas decisões”, sendo o nível de exigência dos utilizadores do sistema de saúde cada vez maior, tal como a expectativa de bons resultados terapêuticos (Campos et al, 2010: 10).

De forma a responder à expectativa dos cidadãos, será fundamental para as organizações irem ao encontro do que se define como Qualidade em Saúde, nomeadamente pela Direção Geral da Saúde (DGS) no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, considerando-a como a “prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão” (Direção Geral de Saúde, 2012: 2).

Tendo em vista a excelência do exercício profissional, também o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE) desenvolveu, em 2005, o Programa dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, revelando-se um enorme desafio pelo reflexo da melhoria dos cuidados de enfermagem aos cidadãos e salientando a necessidade de “(...) adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa” OE (2012:80).

Para dar resposta e visibilidade à referida qualidade na prestação dos cuidados, os Indicadores de Qualidade, integrados e exigidos na política de gestão das instituições de saúde, pretendem contribuir para a melhoria contínua da qualidade. Podendo ser utilizados tanto para avaliar a qualidade da saúde, a assistência de enfermagem e a satisfação no trabalho, os indicadores podem também ser úteis na avaliação do atendimento das necessidades de saúde dos clientes e dos profissionais que prestam assistência a essas pessoas.

Preconiza-se que os Indicadores de Qualidade devam ter uma importância cada vez maior para o prestador de cuidados, para além da importância que têm para a própria instituição e utente/doente, sendo que a prevenção de erros, a prática baseada na evidência e a utilização de ferramentas de avaliação do cuidado, são algumas das atitudes que os profissionais de enfermagem poderão tomar para cooperar com as metas de gestão a serem atingidas (Fontes, Olbrich, & Juliani, s.d.).

Referindo Ovretveit (1992), citado por Pestana (2013: 16), que “a política da qualidade em saúde passa prioritariamente pelo desenvolvimento e promoção da qualidade dos serviços de saúde, colocando o cidadão no centro do mundo”, parece envolver diretamente a Enfermagem como profissão e disciplina com a visão holística que a caracteriza, alicerçada e evidenciada cada vez mais por indicadores que pretendem traduzir essa mesma qualidade.

No fundo, os cuidados de enfermagem, ao centrarem-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e uma ou várias pessoas (família ou comunidades), sendo o seu contexto de atuação multiprofissional, preconizam que os enfermeiros ajudem os cidadãos a alcançar o máximo potencial em saúde (OE, 2003).

2. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO

2.1. OBJETIVOS

Associando a orientação do Plano Curricular do Ensino Clínico, os Perfis de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, e o Diagnóstico de Situação realizado pelo mestrando, foram definidos os seguintes objetivos para o estágio:

1. Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
2. Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem;
3. Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
4. Evidenciar o domínio da gestão da qualidade e dos cuidados em Enfermagem.

2.2. COMPETÊNCIAS

Para cada objetivo, pareceu-me pertinente destacar a principais competências a atingir durante o Ensino Clínico:

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS
1. Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.	1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. 1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.
2. Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.	2.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. 2.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais. 2.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. 2.4. Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde.
3. Cuidar da criança/jovem e família nas	3.1. Reconhece situações de instabilidade das funções

situações de especial complexidade.	vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.
	3.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.
	3.3. 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.
4. Evidenciar o domínio da gestão da qualidade e dos cuidados em Enfermagem.	4.1. Colabora em programas de melhoria da qualidade.
	4.2. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Tabela 5 - Objetivos e competências a atingir no ECESCJ II

2.3. DURAÇÃO

O Ensino Clínico de ESCJ II terá a duração de 16 semanas, compreendidas entre 16 de fevereiro e 19 de junho de 2015, e será repartida de acordo com o cronograma apresentado em anexo I, pelos contextos de serviço de Pediatria, Neonatologia e Urgência Pediátrica.

2.4. CRONOGRAMA

Considerando os diferentes contextos em que se realizará o Ensino Clínico, é esperado que se realizem num determinado número de horas. O anexo II demonstra os turnos a realizar em cada um dos contextos, sendo incorporado cada um deles após o início do mesmo.

2.5. ATIVIDADES A DESENVOLVER

Após identificação dos objetivos, competências e área de interesse a incluir no processo de aprendizagem, serve a seguinte tabela para traduzir as atividades mais relevantes propostas:

Objetivo	Atividade (o quê)	Público-Alvo (quem)	Local (onde)	Período (quando)	Avaliação
1. Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.	Realizar a avaliação inicial adequada aos diferentes contextos (internamento e triagem)	Criança, jovem e/ou família	1. Pediatria HVFX 2. Neonat. HFF 3. Urg. Ped. HSM	No contato inicial com os intervenientes	Avaliação contínua
	Identificar a necessidade de formação sentida pela criança/jovem e família	Mestrando	1. Pediatria HVFX 2. Neonat. HFF 3. Urg. Ped. HSM	No contato inicial com os intervenientes e durante todo o ensino clínico	Avaliação contínua
	Realizar educação para a saúde de acordo com a identificação da necessidade de formação	Criança, jovem e/ou família	1. Pediatria HVFX 2. Neonat. HFF 3. Urg. Ped. HSM	Durante todo o ensino clínico	Avaliação contínua
2. Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.	Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do Serviço	Mestrando	1. Pediatria HVFX 2. Neonat. HFF 3. Urg. Ped. HSM	Primeira semana de cada um dos contextos	Avaliação contínua
	Identificar as patologias presentes em cada criança e jovem, sinais e sintomas associados, e necessidade de cuidados de Enfermagem	Mestrando	1. Pediatria HVFX 2. Neonat. HFF 3. Urg. Ped. HSM	Durante todo o ensino clínico	Avaliação contínua
	Conhecer os protocolos em vigor e as escalas de avaliação utilizadas com recurso à evidência científica	Mestrando	1. Pediatria HVFX 2. Neonat. HFF 3. Urg. Ped. HSM	Durante todo o ensino clínico	Avaliação contínua
	Identificar a desadequação do papel parental e a respetiva necessidade de cuidados de Enfermagem	Mestrando	1. Pediatria HVFX 2. Neonat. HFF 3. Urg. Ped. HSM	Durante todo o ensino clínico	Avaliação contínua

Objetivo	Atividade (o quê)	Público-Alvo (quem)	Local (onde)	Período (quando)	Avaliação
2. Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (continuação).	Identificar os diagnósticos de Enfermagem pertinentes, assim como as Intervenções de Enfermagem e avaliação adequadas	Mestrando	1. Pediatria HVFX 2. Neonat. HFF 3. Urg. Ped. HSM	Durante todo o ensino clínico	Avaliação contínua
	Realizar as Intervenções de Enfermagem adequadas e identificadas como pertinentes, considerando os protocolos em vigor e a evidência científica	Criança, jovem e/ou família	1. Pediatria HVFX 2. Neonat. HFF 3. Urg. Ped. HSM	Durante todo o ensino clínico	Avaliação contínua
	Rever a literatura científica para fundamentar a prática baseada na evidência	Mestrando	1. Pediatria HVFX 2. Neonat. HFF 3. Urg. Ped. HSM	Durante todo o ensino clínico	Avaliação contínua
3. Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.	Identificar as situações de especial complexidade e de instabilidade hemodinâmica na criança e jovem	Mestrando	1. Pediatria HVFX 2. Neonat. HFF 3. Urg. Ped. HSM	Durante todo o ensino clínico	Avaliação contínua
	Realizar e avaliar as Intervenções de Enfermagem adequadas e identificadas como pertinentes, considerando os protocolos em vigor e a evidência científica	Criança, jovem e/ou família	1. Pediatria HVFX 2. Neonat. HFF 3. Urg. Ped. HSM	Durante todo o ensino clínico	Avaliação contínua
4. Evidenciar o domínio da gestão da qualidade e dos cuidados em Enfermagem.	Realizar o diagnóstico de situação para concretização de Projeto de Estágio	Mestrando	1. Pediatria HVFX 2. Neonat. HFF 3. Urg. Ped. HSM	Primeira semana de cada um dos contextos	Realização e atualização de Projeto de Estágio
	Realizar e atualizar o Projeto de Estágio	Mestrando	1. Pediatria HVFX 2. Neonat. HFF 3. Urg. Ped. HSM	Primeira semana de cada um dos contextos	Avaliação contínua
	Realizar registos de Enfermagem de acordo com linguagem classificada e protocolos vigentes, em suporte informático ou papel	Mestrando	1. Pediatria HVFX 2. Neonat. HFF 3. Urg. Ped. HSM	Durante todo o ensino clínico	Avaliação contínua

Objetivo	Atividade (o quê)	Público-Alvo (quem)	Local (onde)	Período (quando)	Avaliação
4. Evidenciar o domínio da gestão da qualidade e dos cuidados em Enfermagem (continuação).	Colaborar em programas de melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem	Mestrando	1. Pediatria HVFX 2. Neonat. HFF 3. Urg. Ped. HSM	Durante todo o ensino clínico	Apresentação de resultados na última semana de cada um dos contextos
	Reuniões de avaliação intermédia e final em cada contexto de Ensino Clínico	1. Mestrando 2. Enf ^{os} Cooperantes 3. Docente ESSS	1. Pediatria HVFX 2. Neonat. HFF 3. Urg. Ped. HSM	Em datas a agendar	Instrumento de avaliação de Ensino Clínico
	Reunião de avaliação final do Estágio	1. Mestrandos 2. Docentes ESSS	Escola Superior de Saúde de Santarém	19.junho.2015	Presença e partilha de experiências
	Realização de Relatório de Estágio	Mestrando	Escola Superior de Saúde de Santarém	Durante o ensino clínico	Entrega em data a agendar

3. AVALIAÇÃO

A Ficha da Unidade Curricular orienta a avaliação para dois momentos:

_ Avaliação do desempenho (contínua), contemplando a avaliação de processo pela auto e heteroavaliação, e a avaliação de resultados relativamente aos objetivos gerais definidos para o estágio II e aos específicos formulados no projeto de estágio;

_ Relatório crítico/reflexivo do ensino clínico.

Como descrito nas atividades a desenvolver, está prevista a realização eventual de reuniões formais de avaliação intermédia e uma reunião final de apresentação e reflexão das atividades realizadas em estágio (avaliação final).

4. BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Bilhete de Identidade dos Indicadores de Contratualização dos Cuidados de Saúde Primários Propostos para ano de 2015*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Amaral, A., Ferreira, P., Cardoso, M., & Vidinha, T. (2014). Implementation of the Nursing Role Effectiveness Model. *International Journal of Caring Sciences, Vol. 7, Issue 3, Setembro-Dezembro 2014*. 757-770.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2011). Chapter 9 - Outcomes Research. In N. Burns, & S. K. Grove, *Understanding Nursing Research: Building an Evidence-Based Practice*. (5ª edição). Maryland Heights: Elsevier Saunders.
- Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente. (2009). *Comissão Nacional para a Saúde da Criança e do Adolescente: 2004-2008*. Lisboa: Portugal - Alto Comissariado da Saúde.
- Costa, R. e. (2009). O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. *Texto Contexto Enfermagem, Out-Dez; 18(4)*: 661-9.
- Despacho n.º 5613/2015. (s.d.). *Diário da República, nº 102/27 de maio de 2015 - 2ª série: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Despacho n.º 5739/2015. (s.d.). *Diário da República, N.º 104/29 de maio de 2015 - 2.ª série*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Dias, L. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. *Revista Clínica Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, 2 (1)*, pp. 39-40.
- Direção Geral da Saúde. (2009). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2012). *Inquérito de Prevalência de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde e Utilização de Antimicrobianos nos Hospitais de Agudos na Europa - Protocolo Versão 4.2: Inquérito completo*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

- Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes - The State of the Science*. Ontario (Canada): Jones & Bartlett Learning.
- Eiras, M. (2008). Gestão da Segurança do Doente e Eventos Adversos. *Apresentação em Conversas de Fim de Tarde - Risco e Segurança em Meio Hospitalar*. Lisboa: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar.
- Ferreira, R., & Amendoeira, J. (2015). Resultados Sensíveis em Enfermagem. Ensaio: Modelo de Avaliação da Qualidade dos Cuidados. *Revista da UIIPS, 5 (3)*, pp. 396-407.
- Fontes, C. M., Olbrich, S. R., & Juliani, C. M. (s.d.). *Indicadores da assistência de enfermagem: revisão bibliográfica em base nacional e internacional*. Obtido de Nursing care indicators: literature review on national and international databases: www.convibra.org
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2014). *Um Futuro para a Saúde: todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Heslop, L., & Lu, S. (2014). Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 2469-82.
- Higgins, J., & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, versão 5.1.0 [atualizado em março 2011]*. Obtido em 25 de janeiro de 2016, de www.cochrane-handbook.org.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Emergências Pediátricas e Obstétricas*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Irvine, D., Sidani, S., & McGillis Hall, L. (1998). Finding value in nursing care: a framework for quality improvement and clinical evaluation. *Nursing Economics, 16(3)*, pp. 110-131.
- Machado, M. C., Alves, M. I., & Couceiro, M. L. (2011). Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa, 42 (5)*, pp. 195-204.
- Melnik, B., & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ministério da Saúde. (2009). *SNS 30 anos - garantir o futuro*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Nunes, S. (2014). *Promoção da Saúde: Intervenção de Enfermagem para Promover a Adesão a Comportamentos de Saúde na Criança e Família*. Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém. Santarém: Instituto Politécnico de Santarém.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2015). *Relatório de Primavera 2015 - Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?* Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Oliveira, M. (2012). *Relatório de Estágio*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.

- Ordem dos Enfermeiros. (2004). Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. *Revista Ordem dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde*. Obtido em 09 de 06 de 2014, de http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem & Relatório Bienal*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010c). *Inventário das Prioridades de Formação em Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 3 de julho de 2014, de Ordem dos enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Re>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *DIVULGAR: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013a). *15 Propostas para Melhorar a Eficiência no Serviço Nacional de Saúde - Contributos da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, F. M. (2009). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros - Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto: Universidade do Porto.
- Portaria nº 82/2014. (s.d.). *Diário da República nº 71/10 de abril de 2014 - 1ª série*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Portugal. Secretaria-Geral do Ministério da Saúde. (2016). www.hff.min-saude.pt. Obtido em 3 de Fevereiro de 2016, de Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE: www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/gestao-da-qualidade_10
- Regulamento n.º 123/2011. (s.d.). *Diário da República nº 35/18 de Fevereiro de 2011 - 2.ª série: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-Americana de Enfermagem*.
- Seabra, P., Sá, L., & Amendoeira, J. (2013). Resultados Sensíveis às Intervenções de Enfermagem com Pessoas Dependentes de Drogas. Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 17.
- Tronchin, D., Melleiro, M., Kurcgant, P., Garcia, A., & Garzin, A. (2009). Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(3), pp. 542-6.
- U.S. National Library of Medicine. (2016). *MeSH Browser 2016*. Obtido em 11 de janeiro de 2016, de MeSH (Medical Subject Headings): <https://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>
- White, D. e. (2009). *Enhancing Nursing Role Effectiveness Through Job Redesign – Final Report*. Calgary: Calgary Health Region: Alberta Health Services.
- Wilson, S., Bremner, A. P., Hauck, Y., & Finn, J. (2012b). Identifying paediatric nursing-sensitive outcomes in linked administrative health data. *BMC Health Services Research*, (12) 209.
- Wilson, S., Bremner, A. P., Hauck, Y., & Finn, J. (2013). Evaluation of paediatric nursing-sensitive outcomes in an Australian population using linked administrative hospital data. *BMC Health Services Research*, (13) 396.
- Wilson, S., Hauck, Y., Bremner, A., & Finn, J. (2012a). Quality nursing care in Australian paediatric hospitals: a Delphi approach to identifying indicators. *Journal of Clinical Nursing*, 21, pp. 1594-1605.

ANEXOS

ANEXO I
CRONOGRAMA DE UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO II E RELATÓRIO

ANEXO II
CRONOGRAMA DE CADA CONTEXTO DO ENSINO CLÍNICO DE ESCJ II

ANEXO II

Informação sobre Sinais de Agravamento da Situação Clínica em Pediatria

INFORMAÇÕES ÀS CRIANÇAS/JOVENS DOENTES E SEUS FAMILIARES

O internamento hospitalar no Serviço de Pediatria destina-se a tratar situações de doença aguda.

As crianças/jovens internados podem sofrer agravamento da sua condição que deve ser tratado o mais rapidamente possível.

Como familiar, é importante que mantenha uma atitude tranquilizadora e de ajuda à criança/jovem internado.

Mesmo considerando a vigilância pelos profissionais de saúde, pode acontecer que seja o familiar a identificar sinais de agravamento da doença, tais como:

- ✓ Alteração do estado de consciência (comportamento ou irritabilidade anormal, prostração, ausência de resposta);
- ✓ Alterações da pele (manchas, borbulhas)
- ✓ Dificuldade respiratória ou agravamento da mesma (aumento do esforço respiratório, lábios arroxeados, gemido)
- ✓ Engasgamento ou cansaço acentuado durante a alimentação
- ✓ Vômitos
- ✓ Dor intensa / gemido / inconsolável
- ✓ Hemorragia (perda de sangue)
- ✓ Suspeita de febre (frio ou calor, tremores, lábios ou pele arroxeados, prostração)
- ✓ Mal estar inespecífico

Nestas situações, deve contactar o enfermeiro responsável tão rapidamente quanto possível.

Pode utilizar a campanha ou dirigir-se diretamente a qualquer dos profissionais do serviço.

Considere esta vigilância como complementar à que é realizada pelos profissionais do serviço, esclareça todas as suas dúvidas juntos dos mesmos.

1 – Protocolo “Avaliação da criança com febre”, HVFX

2 – INEM (2012). *Emergências Pediátricas e Obstétricas*. Versão 1.0, 1ª edição. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.

ANEXO III

Folheto sobre Risco de Quedas

Logotipo da Instituição

Já saberá o que fazer?...

O meio físico, o ambiente urbano e a inadequação dos mecanismos de proteção são com frequência causa de acidentes não intencionais.

As quedas são, em grande parte, evitáveis com medidas de prevenção simples mas extremamente eficazes.

Não se limite a proibir as crianças de fazerem isto ou aquilo... ensiná-las e alertá-las para os riscos que certos atos envolvem e permita que elas desenvolvam a noção do que são comportamentos perigosos...

Mesmo quando as crianças são ociosas e a exortação requer muita paciência.

Dê o exemplo: as crianças imitam os adultos.

A queda de uma criança é um processo muito rápido, pelo que basta uma distração...

... Distrações acontecem, mais do que podemos imaginar e podem ser fatais para a sua criança!

Basta 30 segundos para que a queda de uma criança aconteça!

Esclareça todas as suas dúvidas com os profissionais de saúde do serviço!

Para mais informações consulte:
www.dgs.pt
www.portalsaude.pt
www.apdl.org.pt

Referências bibliográficas

1. APSI (2014). Quedas com crianças e adolescentes. Disponível em: www.apdl.org.pt.
2. APSI (s.d.). Guardas para proteção de quedas em altura: guia para as famílias. Disponível em: www.apdl.org.pt.
3. DGS (2010). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2014. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
4. HVRX (2014). Instrução de Trabalho: Avaliação e Prevenção do Risco de Quedas. IT.DGS.054.02. Vila Franca de Xira: Hospital Vila Franca de Xira.

PREVENÇÃO DE QUEDAS



Independentemente da idade e da situação clínica da criança / adolescente, é objetivo da Instituição assegurar que cuidamos com qualidade... porque não queremos ter queda para os acidentes!!!

Sabia que...

...Os acidentes são considerados pela Direção Geral da Saúde um problema de Saúde Pública?

...Os bebés têm o centro de gravidade mais baixo mas o peso acentuado da cabeça em relação ao corpo torna-as mais suscetíveis a quedas?

...Até 1 ano de idade, os acidentes são a 7ª causa de morte em Portugal? E que a partir dessa altura até à idade adulta, são a principal causa?

...As quedas são a principal causa de acidentes domésticos na infância?

...Por cada cada criança que morre por acidentes domésticos e de lazer, 160 são internadas por vários traumatismos e 2.000 são assistidas na urgência?

...Por cada € gasto em aconselhamento pediátrico, pouparam-se 10€ em cuidados de saúde relacionados com acidentes?

No hospital...

A RESPONSABILIDADE PELA CRIANÇA/ADOLESCENTE DEVE SER PARTILHADA ENTRE TODOS.

- 1 - Resolva as indicações dadas pelos profissionais do serviço;
- 2 - Mantenha sempre o berço/cama travados e as proteções laterais levantadas enquanto a criança/adolescente estiver no leito. Não o deixe sozinho na cama sem as grades subidas;
- 4 - Tenha atenção na ajuda às movimentações do adolescente, ou com a criança ao colo:
 - caso o piso esteja escorregadio/molhado (carraça, chinelo ou calçado com antiderrapante)
 - existam equipamentos médicos ao seu redor (suporte de soro, monitores, ...)
 - quando a sua criança não quiser tomar a medicação e faça movimentos bruscos
- 5 - Mantenha os brinquedos arrumados para evitar que a criança tropece e caia;

Sabia que consideramos todas as crianças < 5 anos com alto risco de queda?

A todas as crianças > 5 anos identificamos o risco de queda consoante o desenvolvimento e situação clínica... e adotamos as intervenções para minimizar esse risco!

Em casa...

O desenvolvimento da criança obriga a adaptações constantes para minimizar o risco de quedas.

Nascimento

"Quase não se mexe mas... será que não poderá cair?!"
 Conseguirá defender-se?!"

Cama, colo, copreguadeira, ovo, carrinho...

Andarilho, escadas, janelas, varandas, móveis, brinquedos...

A partir dos 6 meses

"Já estáinha... e descobre um mundo novo!..."

Conseguirá perceber os perigos?!"

A partir dos 6 anos

"Já anda e corre..."

Já domina o que o roda!..."

Será mesmo assim?!"

Escola, atividades desportivas, escadas, varandas, janelas, calçado...

ANEXO IV

Folheto sobre Prematuridade e Baixo Peso

Já saberá o que fazer?...

Os profissionais de saúde da UCIEH HFF sabem que é essencial o envolvimento dos pais nos cuidados ao bebé.

Além disso, os pais devem estar cientes de que a permanência na Unidade é temporária e que, mais tarde, assumirão os cuidados do vosso filho em casa.

A interação e participação nos cuidados vai depender de vários fatores, incluindo a condição clínica do vosso bebé. Em geral, os pais podem fazer muito mais do que imaginam, sendo a sua presença sempre encorajada e apoiada.

É, no entanto, importante que não se sintam mal se não puderem participar nos cuidados ao bebé. Façam o que puderem e não se sintam culpados por não serem capazes de fazer mais.

À medida que se forem habituando à realidade da Unidade e ao vosso bebé prematuro, irão sentir que podem desempenhar um papel mais ativo.

Sendo que a UCIEH alberga outros bebés e outros pais, é normal que vos solicitem o respeito pela privacidade dos outros.

Esclareça todas as suas dúvidas com os profissionais de saúde do serviço!

Com o tempo, haverá um envolvimento direto cada vez maior dos pais e os profissionais de saúde terão como funções primordiais a formação, ensino e apoio aos pais, de forma a que estas tarefas venham a ser efetuadas de forma autónoma.

Para mais informações consulte:

www.dgs.pt

www.portaldasaude.pt

www.xxs-prematuros.com

www.lusoneonatologia.com

www.spp.pt

Logotipo da Instituição

PREMATURIDADE E BAIXO PESO



Sabia que...

... Quando os bebés nascem antes das 37 semanas de idade gestacional, então estamos perante um bebé prematuro ou pré-termo.

... O bebé prematuro pode classificar-se, segundo a idade gestacional, em:

- **Pré-Termo Limiar:** Aquele que nasce entre as 33 e as 36 semanas de idade gestacional e/ou tem um peso à nascença entre 1500g e 2500g.

- **Prematuro Moderado:** Aquele que nasce entre as 28 e as 32 semanas de idade gestacional e/ou tem um peso à nascença entre 1000g e 2500g.

- **Prematuro Extremo:** Aquele que nasce antes de ter completado as 28 semanas de idade gestacional e/ou pesa menos de 1000g. Como consequência desta maior imaturidade, é classificado como grande prematuro e é ainda mais vulnerável.

Caraterísticas da prematuridade...

O bebé prematuro nasce com uma imaturidade dos seus órgãos que o torna ainda mais sensível a determinados fatores externos (como a luz e o ruído), e ainda mais vulnerável a determinadas doenças.

Estes bebés necessitam, por isso, de uma atenção especial e de cuidados extraordinários para conseguirem desenvolver-se biologicamente fora do ambiente protetor que é o útero da mãe.

Por estas razões, entre outras, o vosso bebé teve que ser admitido e permanece agora na Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais (UCIEN).

Os cuidados proporcionados por esta unidade neonatal são estruturados para ajudar os bebés a desenvolverem funções essenciais que muitas vezes têm dificuldade em controlar, tais como a respiração, a temperatura corporal e a alimentação.

Para isso, poderá ser necessário recorrer a alguns equipamentos médicos mais complexos, tais como incubadora ou berços aquecido, monitores, ventiladores, ou poderá haver ainda necessidade de o alimentar através de uma sonda colocada no nariz ou por uma veia.

Na UCIEN...

O vosso bebé e a sua condição clínica são únicos e comparar o progresso do vosso bebé com o de outro bebé é desnecessário.

Apesar do vosso bebé dormir a maior parte do tempo, está a crescer e a desenvolver-se enquanto dorme.

À medida que os seus sentidos se desenvolvem, o ambiente deverá ser o mais **silencioso** e calmo possível, equilibrado pela **quantidade exata de estimulação**. Demasiada estimulação pode acabar por fazê-lo desperdiçar energia preciosa.

Os **cuidados agrupados** fazem parte de um método utilizado pela equipa para canalizar a energia do vosso bebé para o seu crescimento. Fazendo todos os procedimentos necessários de uma só vez, o bebé não será tão perturbado como seria se cada um dos procedimentos fosse realizado de forma isolada.

ANEXO V

Apresentação da Formação em Serviço sobre Segurança do Doente e Notificação de Eventos Adversos

GESTÃO DA SEGURANÇA DO DOENTE E EVENTOS ADVERSOS

Luís Silvério

(mestrando em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, ESSantarém)

Enf^a Cooperante: Priscila Carreira

Hospital _ Serviço de Urgência Pediátrica _ 15 e 19 junho 2015

Conceitos

Evento adverso : É um incidente ocorrido no decurso da prestação de cuidados de saúde, do qual resulta dano para o doente, público, profissionais ou organização.

Erro : É a falha na implementação de uma ação de acordo com o planeado (...).
Por definição o erro não é intencional (...) e pode conduzir ao incidente.

Adaptado do Relatório técnico final do Quadro conceptual para a Classificação Internacional para a Segurança do Doente, da OMS – versão 1.1, de Janeiro de 2009. *In* Hospital de Santa Maria (2010). Política de Gestão do Risco. Lisboa: Gabinete de Gestão do Risco.

Erro (problemática)

Pessoa

- _ erro do indivíduo
- _ esquecimento
- _ desatenção
- _ desmotivação
- _ negligência, ...

Sistema

- _ humanos são falíveis
- _ erros são de esperar
- _ erros são consequências
- _ erros não são causas

“Não podemos mudar a condição humana mas podemos mudar as condições em que os humanos trabalham.”

Reason J., BMJ, 2000; 320: 768-70 in Eiras, M. (2008), Gestão da segurança do doente e eventos adversos. Apresentação em *Conversas de Fim de Tarde – Risco e Segurança em Meio Hospitalar*. Lisboa, Março, 2008. Lisboa: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar.

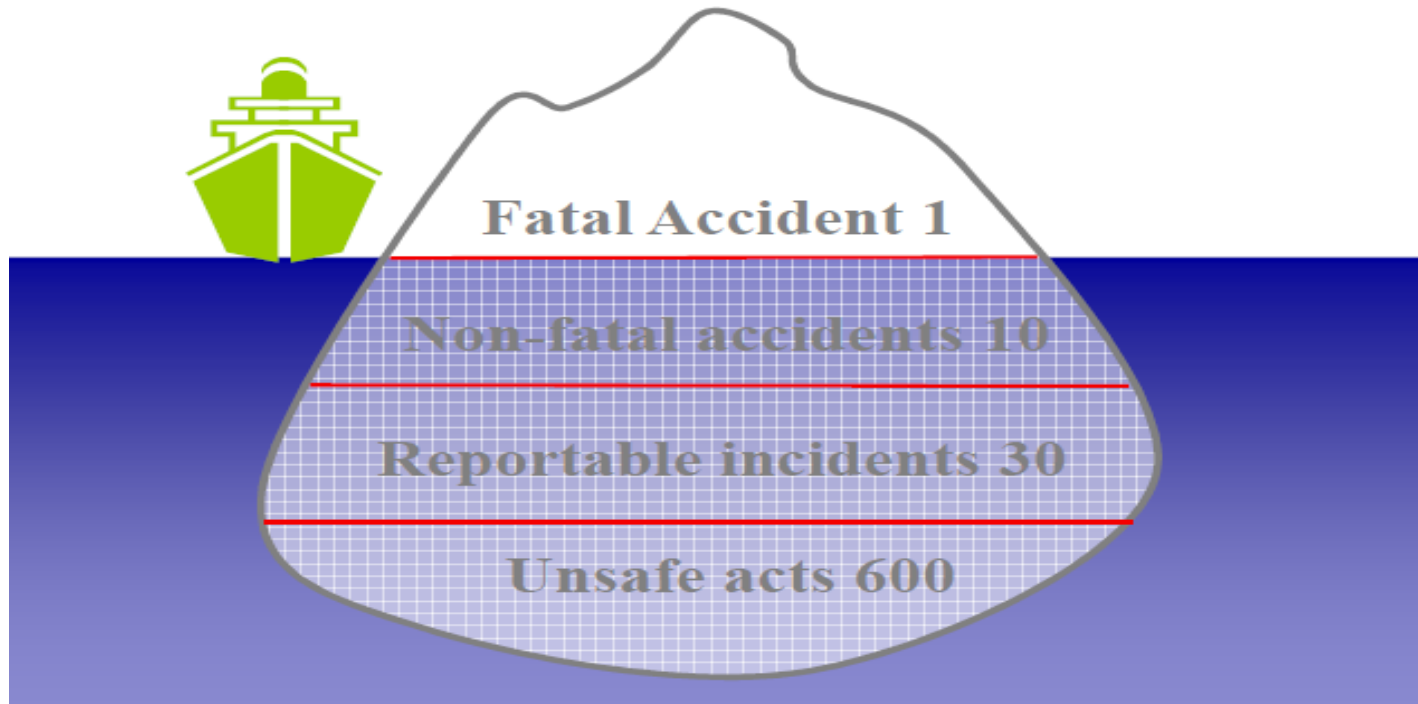
Premissas das Consequências...

O mesmo erro ocorre muitas vezes;
O mesmo erro ocorre em muitos ambientes diferentes;
Os doentes continuam a sofrer danos evitáveis.

OMS (2005). WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems – From Information to action. World Alliance for Patient Safety. Genebra: 2005, World Health Organization.

“Loucura é fazer continuamente a mesma coisa e esperar um resultado diferente!”
Albert Einstein

O ratio de Heinrich



“É um direito dos doentes ter a expectativa de que sejam feitos todos os esforços para garantir a sua segurança enquanto utilizadores dos serviços de saúde.”

Declaração de Luxemburgo, “Patient Safety – Making it Happen!”, 2005 in Eiras, M. (2008), Gestão da segurança do doente e eventos adversos. Apresentação em *Conversas de Fim de Tarde – Risco e Segurança em Meio Hospitalar*. Lisboa, Março, 2008. Lisboa: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar.

Principais princípios dos sistemas de notificação

Aprender a partir de falha dos sistemas de saúde

Deve ser seguro (sem consequências para os profissionais)

A notificação só é válida se conduzir a uma resposta construtiva

Deve disseminar informação, criar recomendações de mudança e propor soluções

Eiras, M. (2008), Gestão da segurança do doente e eventos adversos. Apresentação em *Conversas de Fim de Tarde – Risco e Segurança em Meio Hospitalar*. Lisboa, Março, 2008. Lisboa: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar.

Resposta a Eventos Adversos

Passado / Presente (?)	Presente (?) / Futuro
Medo de represálias	Políticas de notificação livres de culpa
Enfoque na pessoa	Imparcialidade
Foco de atenção no erro da pessoa	Abordagem pelo sistema
Formação individual	Formação em equipa
Bases de dados dispersas	Bases de dados coordenada
Divulgação irregular de resultados	Divulgação sistemática de resultados
Círculo fechado de partilha do erro	Partilha alargada da informação
Soluções a curto prazo	Redução do risco de forma sustentável
Falta de consciência sobre gestão do risco	Sensibilização para a gestão do risco

Eiras, M. (2008), Gestão da segurança do doente e eventos adversos. Apresentação em *Conversas de Fim de Tarde – Risco e Segurança em Meio Hospitalar*. Lisboa, Março, 2008. Lisboa: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar.

ANEXO VI

Tabelas de análise dos artigos da RSL

Título	Quality nursing care in Australian paediatric hospitals: a Delphi approach to identifying indicators
Autores	Sally Wilson, Yvonne Hauck, Alexandra Bremner e Judith Finn
Publicação	Journal of Clinical Nursing
Ano	2012
Tipo de Estudo	Técnica modificada de Delphi
Nível de Evidência	Nível VI
Participantes	<p>Painel de 52 peritos de Enfermagem selecionados por instituições de saúde e académicas, que aceitaram fazer parte da investigação, preenchidos os seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none">_ Enfermeiros registados com qualificações em Enfermagem pediátrica;_ Experiência de pelo menos 5 anos em Enfermagem pediátrica;_ Funções relacionada com a qualidade dos cuidados em Enfermagem.
Objetivos	Identificar indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem através da identificação de indicadores de estrutura, processo e resultado, percebidos por peritos em Enfermagem como válidos, viáveis, fidedignos e adequados para hospitais pediátricos australianos.
Intervenções	<p>A técnica modificada de Delphi foi aplicada para procurar opiniões de peritos sobre que indicadores de qualidade de cuidados em Enfermagem pediátrica deveriam ser utilizados e quais os prioritários.</p> <p>Foram criadas 3 rondas de questionários e um consenso de 75% foi considerado para que cada indicador se apresentasse como válido para a ronda seguinte. A existência de 3 rondas foi justificada pela literatura, considerando que poucas alterações ocorrem após a quantidade de rondas referidas, minimizando o risco de saturação da amostra.</p> <p>Após revisão da literatura relacionada com a temática, foram</p>

	<p>identificados 57 indicadores com potencial para medir a qualidade dos cuidados de Enfermagem em pediatria.</p> <p>Entre março e maio de 2010, foram realizados 3 questionários ‘online’ para o painel de peritos classificar esses indicadores quanto à sua validade na prática de Enfermagem pediátrica, à viabilidade para a recolha de dados, à fiabilidade da documentação existente e quanto à sua adequação ao contexto pediátrico.</p> <p>Na primeira ronda, o painel de peritos foi convidado a identificar o nível de concordância de cada potencial indicador quanto à sua adequação como indicador de qualidade dos cuidados de Enfermagem, em contexto pediátrico.</p> <p>Na segunda ronda, pretendia-se confirmar para cada um dos indicadores que transitaram da ronda anterior, a sua validade como medida de cuidados de enfermagem para crianças hospitalizadas. Além disso, procurou-se perceber qual a perceção do painel de peritos quanto à viabilidade da medição.</p> <p>A terceira ronda consistia em 2 partes distintas. Na primeira parte, procurou-se obter a estabilidade dos resultados da ronda anterior pela perceção do painel de peritos quando à facilidade ou dificuldade em obter dados dos processos/registos dos pacientes e destes serem confiáveis. Na segunda parte, os indicadores foram agrupados tendo em conta a metodologia de recolha de dados: processos do paciente, dados administrativos, inquéritos ao paciente, família ou enfermeiros. O painel de peritos foi convidado a classificar os indicadores quanto à sua adequação, considerando (ou não) a sua correta utilização.</p>
Resultados	<p>31 peritos deram a sua contribuição nas 3 rondas do estudo, demonstrando o seu compromisso com o processo de identificação de indicadores de qualidade de Enfermagem, em pediatria.</p> <p>Um consenso de 75% quanto à validade para a Enfermagem em pediatria foi alcançado para 42 indicadores, identificando-os como potenciais medidas de avaliação da qualidade dos cuidados de Enfermagem, em pediatria.</p>

19 indicadores foram considerados inadequados, incluindo indicadores comumente utilizados em contexto de prestação de cuidados a adultos.

Foi considerada necessária investigação adicional para resolver questões de fiabilidade e viabilidade dos dados recolhidos, assim como para assegurar que os indicadores ocorrem com a frequência necessária nos hospitais australianos para terem utilidade clínica.

A identificação de indicadores sensíveis em Enfermagem, válidos no contexto pediátrico, é considerado pelos autores como o primeiro passo para medir a qualidade dos cuidados prestados às crianças. Uma vez estabelecido, a avaliação dos indicadores pode levar à melhoria dos cuidados e da segurança dos mesmos nos hospitais.

Título	Identifying paediatric nursing-sensitive outcomes in linked administrative health data
Autores	Sally Wilson, Alexandra P Bremner, Yvonne Hauck, Judith Finn
Publicação	BMC Health Services Research, 12:209
Ano	2012
Tipo de Estudo	Estudo de coorte, retrospectivo
Nível de Evidência	Nível IV
Participantes	Dados administrativos de saúde de todas as crianças com idade <18 anos, admitidas num hospital terciário pediátrico da Austrália Ocidental durante 10 anos
Objetivos	<p>_ Testar algoritmos de resultados sensíveis em Enfermagem para adultos em população pediátrica e reajustá-los para aumentar a precisão na identificação de eventos adquiridos em meio hospitalar;</p> <p>_ Determinar se o uso de registos hospitalares associados melhora a probabilidade de uma correta identificação de resultados que sejam sensíveis em Enfermagem, em vez de resultados associados</p>

	a condições de pré-morbilidade.
Intervenções	<p>_ Os autores utilizaram como referência os algoritmos do estudo de Needleman et al (2001), analisando os resultados sensíveis em Enfermagem: úlceras de pressão, pneumonia e infecção de ferida cirúrgica.</p> <p>_ Por cada resultado sensível em Enfermagem, foi calculada a frequência do diagnóstico e verificados os códigos processuais associados ao episódio de admissão de cada criança, de forma a identificar qualquer condição ou procedimento que possa ter contribuído para o resultado, não excluídos nos algoritmos do estudo de Needleman et al..</p> <p>_ Foram analisados ainda registos em períodos anteriores (10 anos) e posteriores (11 meses) aos 10 anos selecionados no estudo, para determinar co-morbilidades que pudessem ter influência direta nos resultados sensíveis em Enfermagem analisados. Estes ‘dados associados’ permitiram criar critérios de inclusão e exclusão de registos (co-morbilidades) diretamente relacionados a resultados sensíveis em Enfermagem, para população pediátrica.</p> <p>_ De 1 de julho de 1999 a 30 de junho de 2009, foram incluídos 129.719 registos, correspondendo a 79, 016 crianças admitidas. Este número de registos aumentou para 517,605 ao considerarem os registos analisados prévios e posteriores à data do estudo.</p> <p>_ O estudo categorizou a amostra por grupo etário, género, residência, tipo de admissão, tipologia de caso e diagnóstico principal.</p>
Resultados	<p>_ Ao contrário de outros estudos sobre resultados sensíveis em Enfermagem, o uso de dados relacionados permitiu melhorar a sensibilidade dos resultados quantificáveis que refletem a qualidade dos cuidados de enfermagem. No entanto, o risco de exclusão de alguns resultados sensíveis em Enfermagem persiste.</p> <p>_ Existindo resultados sensíveis em Enfermagem em número reduzido na população pediátrica da Austrália Ocidental (úlceras de pressão), comparações podem não ser confiáveis, devendo</p>

atender-se a este aspeto aquando da interpretação de resultados.

- _ Os algoritmos de pneumonia e infeção de ferida cirúrgica podem potencialmente ser considerados para iniciativas de melhoria da qualidade hospitalar e um ponto de partida para ‘benchmarking’ nacional em hospitais pediátricos terciários.
- _ Algoritmos pediátricos podem ser usados para determinar a existência de relação entre resultados sensíveis em Enfermagem e níveis de competência dos enfermeiros, permitindo indagar acerca de dotações adequadas em hospitais pediátricos.
- _ A validação prévia de algoritmos é um passo importante no processo de avaliação de resultados sensíveis em Enfermagem, em diferentes populações.
- _ Alterações aos algoritmos para a população adulta precisam de ser feitas antes da sua aplicação à população pediátrica.
- _ O uso de dados relacionados torna-se vantajoso para aumentar a sensibilidade a algoritmos de resultados sensíveis em Enfermagem.

Título	Evaluation of paediatric nursing-sensitive outcomes in an Australian population using linked administrative hospital data
Autores	Sally Wilson, Alexandra P. Bremner, Yvonne Hauck, Judith Finn
Publicação	BMC Health Services Research, 13:396
Ano	2013
Tipo de Estudo	Estudo de coorte, retrospectivo
Nível de Evidência	Nível IV
Participantes	Dados administrativos de saúde de todas as crianças com idade <18 anos, admitidas num hospital terciário pediátrico da Austrália Ocidental durante 10 anos
Objetivos	_ Averiguar a utilidade clínica dos 13 resultados pediátricos sensíveis em Enfermagem, cujos algoritmos foram pelos autores

	<p>desenvolvidos</p> <ul style="list-style-type: none">_ Determinar as taxas dos resultados pediátricos sensíveis em Enfermagem num hospital terciário pediátrico da Austrália Ocidental_ Verificar características clínicas e sociodemográficas associadas a um maior risco de desenvolvimento de resultados sensíveis em Enfermagem em crianças hospitalizadas_ Determinar fatores associados a quaisquer eventos adversos experienciados pelas crianças.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none">_ O estudo incluiu todos os registos de crianças hospitalizadas na Austrália Ocidental, entre julho de 1999 a junho de 2009, relacionando eletronicamente cada um dos registos com registos prévios (até 1989) e posteriores (até março de 2010) à data do estudo._ Os autores partiram da avaliação de algoritmos de 13 resultados sensíveis em Enfermagem em pediatria, desenvolvidos pelos mesmos em estudos anteriores. Foram estes: Infecção do trato respiratório inferior, que não pneumonia, adquirida em meio hospitalar; Infecção gastrointestinal; Pneumonia; Sepsis; Paragem cardiorrespiratória, choque ou falência respiratória; Complicações do Sistema Nervoso Central; Infecção de cateter venoso central; Doença infecciosa; Úlcera de pressão; Insucesso na reanimação; Infecção de ferida cirúrgica, Transtorno fisiológico/metabólico, e Complicações cardiopulmonares pós-operatórias._ A qualidade dos dados relacionados foi avaliada e a percentagem estimada de falsos positivos e falsos negativos foi de 0,11%._ No estudo foram incluídos 129.719 registos, correspondendo a 79.016 crianças admitidas. Destes, um total de 1.919 (1,5%) dos registos corresponderam a um ou mais resultados sensíveis em Enfermagem. 1.740 crianças representaram 2.037 ocorrências de resultados sensíveis em Enfermagem._ Foram calculadas, para cada resultado sensível em Enfermagem

em pediatria, taxas por 10.000 dias de doença e valor absoluto por 1.000 registos hospitalares.

_ Identificados como fatores de risco de associação a resultados sensíveis em Enfermagem em pediatria: idade; género; tipo de admissão; ‘case mix’; número de transferências de serviço; época do ano; ano de admissão; Índice de desvantagem sócio-económica relativa (pelo Census australiano); grau de afastamento geográfico (pelo Census australiano).

_ Foram analisadas as diferenças entre características dos que obtinham (ou não) resultados sensíveis em Enfermagem, utilizando testes Qui-quadrado, para variáveis qualitativas, e testes-t independentes, para variáveis quantitativas. Modelos de regressão Poisson foram usados para determinar a existência de uma associação significativa entre cada um dos resultados sensíveis em Enfermagem e cada um dos fatores de risco.

_ Os fatores de risco com uma relação estatística significativa com um ou mais resultados sensíveis em Enfermagem, foram subsequentemente incluídos em modelos de regressão múltiplos.

_ Por cada resultado sensível em Enfermagem, o modelo de regressão múltipla de Poisson foi adaptado para calcular rácios e intervalos de confiança 95% para idade; género; tipo de admissão; ‘case mix’; época do ano; ano de admissão; Índice de desvantagem sócio-económica relativa; e grau de afastamento geográfico.

Resultados

_ Sete dos 13 resultados sensíveis em Enfermagem definidos ocorreram com frequência suficiente (> 100 eventos durante os 10 anos do período em estudo) para serem potencialmente úteis na monitorização da qualidade dos cuidados de enfermagem.

_ Os resultados sensíveis em Enfermagem em pediatria são: Infecção do trato respiratório inferior, Infecção gastrointestinal, Pneumonia, Infecção de ferida cirúrgica, Transtorno fisiológico/metabólico, Sepsis e Complicações cardiopulmonares pós-operatórias.

_ Quando utilizados para melhoria da qualidade ou para ‘benchmark’ com outras entidades, os dados carecem de ajustes ou de estratificação por idade ou tipo de admissão, para se poder assegurar comparações equitativas.