

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

**Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES COMO PRÁTICA**

**PARA A SEGURANÇA EM PEDIATRIA -**

**Domínios e Desafios do Enfermeiro Especialista no**

**Contexto de Cuidados Intensivos**

**Helga Catarina Santos Alves de Oliveira**

**2015**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

**Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES COMO PRÁTICA**

**PARA A SEGURANÇA EM PEDIATRIA -**

**Domínios e Desafios do Enfermeiro Especialista no**

**Contexto de Cuidados Intensivos**

**Helga Catarina Santos Alves de Oliveira**

**Professora Orientadora: Maria Filomena Abreu de Sousa**

**2015**





*“Não existe revelação mais nítida da alma de uma sociedade  
do que a forma como esta trata as suas crianças”*

Nelson Mandela

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

Sir Liam Donaldson, 2004



*Dedico o presente relatório*

*À minha mãe pelo insubstituível amor maternal,*

*A ti pai... e aos que estão a sorrir de orgulho, mesmo não estando em presença física,*

*A toda a família pelo carinho, apoio e presença ímpares,*

*Ao Rafael pelas palavras de amor, elogio e coragem; hoje colhemos juntos os frutos do nosso  
empenho.*

*Aos amigos, família que escolhi, pelos convívios e pausas entre parágrafos, em especial à  
Catarina, Júlia, Flávio, Liliana, Pedro Dias e Pedro Duarte,*

*À Professora Filomena Sousa pela orientação, incentivo e confiança,*

*À Professora Teresa Oliveira Marçal pela incondicional disponibilidade,*

*A todos os professores e colegas do Mestrado pelas partilhas e descobertas, em especial à  
Alexandra, Daniela, Irina, Ricardo e Tais pelas longas horas de trabalho, desabafos,  
gargalhadas e conquistas,*

*A todos os que lutam diariamente por um ambiente promotor de segurança e felicidade.*



## LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

---

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde  
BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil  
CCF – Cuidados Centrados na Família  
CE – Comissão Europeia  
CHL – Centro Hospitalar de Lisboa  
CNT – Cuidados Não Traumáticos  
CSIJ – Consulta de Saúde Infantil e Juvenil  
DGS – Direção Geral da Saúde  
DQS – Departamento da Qualidade na Saúde  
EE – Enfermeiro Especialista  
EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem  
GGR – Gabinete de Gestão de Risco  
IP – Internamento de Pediatria  
NPSA – *National Patient Safety Agency* (Agência Nacional de Segurança do Doente)  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PNI – Programa de Notificação de Incidentes  
PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil  
PNV – Programa Nacional de Vacinação  
RN – Recém-nascido  
SNI – Sistema de Notificação de Incidentes  
UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais  
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos  
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
WAPS – *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Doente)  
WHO – *World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde)



## RESUMO

---

O presente relatório pretende espelhar o processo de aprendizagens pessoais, profissionais e acadêmicas, desenvolvido ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria e assume-se como um instrumento reflexivo integrador, já que descreve e analisa de forma crítica os objetivos e atividades delineadas, bem como as competências adquiridas para a prestação de cuidados especializados. Visa, ainda, ser uma ferramenta para a compreensão da dimensão do exercício profissional do enfermeiro especialista nas suas diferentes vertentes, que analise as filosofias de cuidados e os quadros de referência de enfermagem que devem orientar a prática especializada e que sintetize a evidência científica sobre a temática em causa: a notificação de incidentes como prática para a segurança em pediatria e os domínios e desafios que se colocam no contexto de cuidados intensivos. A metodologia utilizada baseou-se no pensamento crítico e construtivo na e sobre a prática.

Os enfermeiros têm o dever ético de procurar a excelência e, logo, de assegurar cuidados em segurança, agindo de acordo com as práticas recomendadas e participando ativamente na identificação, análise e controle dos potenciais riscos contextuais. Sendo a segurança um dos principais pilares para o desenvolvimento psicológico, físico e social da criança e do jovem, o enfermeiro deverá assumir a defesa do direito à segurança como uma intervenção autónoma a incluir na prestação de cuidados.

A segurança do doente tem sido considerada pelas organizações de referência uma área prioritária para os serviços de saúde e a evidência acrescenta que não há segurança sem bons processos de notificação de incidentes. No atual contexto da prática foi criado, pela equipa multidisciplinar, um programa para a sua realização mas que se considera não estar ainda suficientemente consolidado. Como tal, ao longo desta trajetória foi sendo analisada a implementação de cuidados de qualidade com vista à segurança e que culminou na proposta de linhas de intervenção estratégicas que promovam um ambiente mais seguro às crianças e jovens internados.

**Palavras-Chave:** Cuidados Seguros, Notificação de Incidentes, EEESCJ, Crescimento e Desenvolvimento Infantil e Juvenil.



## ABSTRACT

---

This report is meant to reflect the personal, professional and academic learning process, developed over the Master of Nursing in Infant and Paediatrics Health Specialization and positions itself as an integrative reflection instrument since it describes and critically analyses the outlined goals and activities, as well as the skills acquired to provide specialized nursing care. This document also aims to be a tool to understand the dimension of nurse specialist professional practice in different care settings, to examine the philosophies of care and nursing reference frameworks that should guide the practice, and to summarize the scientific evidence on the theme concerned: incidents reporting as a practice for safety in paediatric health care and its challenges and fields of use in the intensive care setting. The methodology used was based on critical and constructive thinking in and about the practice.

Nurses have an ethical duty of excellence and thus, to ensure safety in care, acting in accordance with best practices and actively participating in the identification, analysis and control of potential contextual risks. With security being a key pillar for the psychological, physical and social development of children and youth, the nurse professionals should take the protection of the right to safety as an autonomous intervention that must be included in care.

Patient safety has been considered by key organizations a priority area for health services and scientific evidence states that there is no safety without good incident reporting processes. In the current context of practice a program for its implementation as been created by the multidisciplinary health team, but is considered not yet sufficiently consolidated. Therefore, the implementation of quality care towards safety has been reviewed during this course and resulted in a proposal of strategic lines of action to promote a safer environment for hospitalized children and youth.

**Keywords:** Safe Care, Incident Reporting, Paediatric Nurse, Child and Youth Growth and Development.



# ÍNDICE

---

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>1. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>17</b>
1.1. A SEGURANÇA EM SAÚDE	17
1.1.1. A Prática de Notificação de Incidentes	20
1.1.2. A Enfermagem como Chave para a Melhoria da Segurança do Doente	22
1.2. A SEGURANÇA EM PEDIATRIA	23
1.2.1. Domínios e Desafios para o EEESCJ	25
1.3. A SEGURANÇA EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	27
1.4. FILOSOFIAS DE CUIDADOS E REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM	28
<b>2. DE GENERALISTA A ESPECIALISTA... UM PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b>	<b>33</b>
2.1. O PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE EEESCJ	34
2.2. O PERCURSO PARA A MAXIMIZAÇÃO DA SAÚDE E PROMOÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO JOVEM	40
2.3. O PERCURSO PARA O CUIDADO À CRIANÇA, AO JOVEM E À FAMÍLIA EM SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE	46
2.4. O PERCURSO PARA A QUALIDADE E APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	54
2.5. O PERCURSO PARA A SEGURANÇA DA CRIANÇA, DO JOVEM E DA FAMÍLIA	56
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>71</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO 1</b>	
FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES	
<b>ANEXO 2</b>	
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
<b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE 1</b>	
CRONOGRAMA DOS ESTÁGIOS	



## **APÊNDICE 2**

---

GUIA ORIENTADOR DO ESTÁGIO ACES LISBOA - UCSP

## **APÊNDICE 3**

---

GUIA ORIENTADOR DO ESTÁGIO CHL – UCIN E GGR

## **APÊNDICE 4**

---

GUIA ORIENTADOR DO ESTÁGIO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

## **APÊNDICE 5**

---

GUIA ORIENTADOR DO ESTÁGIO CHL – UCIP

## **APÊNDICE 6**

---

TÓPICOS PARA ANÁLISE REFLEXIVA - VACINAÇÃO E CSIJ

## **APÊNDICE 7**

---

TÓPICOS PARA ANÁLISE REFLEXIVA - UCIN

## **APÊNDICE 8**

---

TÓPICOS PARA ANÁLISE REFLEXIVA - INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

## **APÊNDICE 9**

---

TÓPICOS PARA ANÁLISE REFLEXIVA - UCIP

## **APÊNDICE 10**

---

POSTER CSIJ

## **APÊNDICE 11**

---

TÓPICOS PARA ANÁLISE REFLEXIVA - CUIDADOS PROMOTORES DO DESENVOLVIMENTO E PARENTALIDADE

## **APÊNDICE 12**

---

GUIÕES DE OBSERVAÇÃO CSIJ

## **APÊNDICE 13**

---

PEDIDO DE COLABORAÇÃO

## **APÊNDICE 14**

---

ANÁLISE SWOT 1

## **APÊNDICE 15**

---

ANÁLISE SWOT 2



## INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado num percurso de formação para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) nas áreas científica, ética, cultural, técnica e humana para a futura conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados. Considerando a definição da Ordem dos Enfermeiros (OE), o Enfermeiro Especialista (EE) detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e demonstra níveis de elevado julgamento clínico e tomada de decisão, que se traduzem num conjunto de competências especializadas num determinado campo de intervenção (OE, 2010a, p.2). Mais concretamente, o EEESCJ presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança e ao jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde e identifica e mobiliza os recursos de suporte necessários à família ou pessoa significativa. Estes cuidados de nível avançado são prestados tendo como desígnio o trabalho em parceria com o cliente pediátrico e família, em qualquer contexto onde estes se encontrem, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível (OE, 2011b, p.9).

Este documento pretende ser uma ferramenta que compreenda a dimensão do exercício profissional do enfermeiro especialista nas suas diferentes vertentes, que analise as filosofias de cuidados e o quadro de referência de enfermagem que devem orientar as práticas de cuidados, que sintetize a evidência científica sobre a temática em causa e que contemple todo o percurso experiencial concretizado ao longo das diferentes experiências de estágio, nas quais se pretendeu alcançar cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à sua família, no decorrer do seu processo de desenvolvimento e adaptação aos diversos contextos de saúde-doença. Neste sentido, o relatório assume-se como um instrumento reflexivo sobre o desenvolvimento das competências propostas e pretende espelhar a trajetória traçada rumo ao exercício profissional ao nível de EE, através da análise de alguns dos temas comuns ao curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem definidos pela OE (2011a, ¶17), dos objetivos delineados e das respetivas atividades realizadas.

Neste percurso para EEESCJ procurou-se aliar o desenvolvimento das competências resultantes do autodiagnóstico de necessidades a uma área de especial interesse e foco de melhoria no atual contexto da prática. No decorrer da atividade profissional, nomeadamente numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), emergiu a necessidade de potenciar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, através da promoção da segurança da criança e do jovem num ambiente que é considerado dos mais adversos. Assim, e tendo em conta os modelos e tendências de intervenção na enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, este relatório irá centrar-se, por um lado, na questão fundamental da segurança numa perspetiva da qualidade de cuidados e, por outro, nas competências a que me propus desenvolver na lógica do percurso para enfermeira especialista, nas quais se enfatizará a atenção dada à intervenção do enfermeiro na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil.

A segurança do doente tem sido considerada pelas organizações de referência uma área prioritária para os serviços de saúde, dado o seu impacto pessoal, social, profissional e económico. A evidência acrescenta que não há segurança sem bons processos de notificação de incidentes e, *à posteriori*, de intervenção, com vista à sua prevenção e resolução. Na UCIP houve também uma crescente consciencialização deste impacto, pelo que foram desenvolvidas estratégias de atuação para minimizar o risco associado ao ambiente. Dessas estratégias, e seguindo o demonstrado pela evidência, destaca-se a criação de um programa de notificação de incidentes (PNI) que, tendo contribuído para a promoção de cuidados mais seguros na unidade, considera-se não estar ainda suficientemente consolidado. Neste sentido, e pretendendo contribuir para um ambiente mais seguro às crianças e aos jovens internados, importa clarificar as atuais práticas de notificação dos incidentes, bem como os aspetos positivos e a melhorar do programa instituído.

Este relatório irá assim focar a temática da notificação de incidentes como prática promotora da segurança da criança e os desafios que se colocam ao EEESCJ no contexto de cuidados intensivos. Importa ressaltar que o enfermeiro deve basear os seus processos de reflexão, conceptualização e investigação no corpo de conhecimento da disciplina de Enfermagem, uma vez que este irá definir e guiar a prática. Segundo Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (1996) é impossível falar da disciplina sem ter em conta os contextos que marcaram a sua evolução. Nesta ótica é oportuno situar as grandes correntes do pensamento da

enfermagem, ou seja, os paradigmas que influenciaram as concepções da disciplina. A evolução das escolas de pensamento é ilustrada em três paradigmas: categorização (fazer por...), integração (agir com...) e transformação (ser/estar com...), sendo este último aquele em que se pretende enquadrar a futura atuação de especialista (Kérouac et al., 1996; Lemos, 2013<sup>1</sup>).

O paradigma da transformação pressupõe um processo recíproco e simultâneo de interação, no qual a pessoa e o enfermeiro são companheiros na procura pelo potencial de cada um. Esta simbiose visa o bem-estar da pessoa tendo em consideração as suas próprias concepções, já que cada fenómeno é único e sentido por cada um de forma individual e intransponível (Kérouac et al., 1996). É esta atmosfera de respeito mútuo que se pretende alcançar na procura pelo ambiente de segurança, direito incontestável do cliente pediátrico e da família, mas que ainda é um tema sensível, principalmente no que toca ao envolvimento destes atores na sua própria segurança e à comunicação aberta dos incidentes ocorridos nesta matéria. Neste sentido, compete ao enfermeiro que segue esta linha de pensamento fomentar uma investigação caracterizada por métodos diversificados que permitam a “compreensão de fenómenos cada vez mais complexos, multivariáveis e globais” (Kérouac et al., 1996, p.17), como é o da segurança em pediatria.

O contexto atual dos cuidados de saúde é extremamente complexo, uma vez que é exercido num ambiente hermético, a um ritmo veloz, envolvendo uma vasta variedade de recursos tecnológicos e terapêuticos e alicerçado num conjunto de decisões humanas por parte dos profissionais desta área. E se é verdade que o seu objetivo comum é proporcionar cuidados de elevada qualidade, também o é que nem sempre os acontecimentos vão ao encontro das expectativas. A evidência mostra que, independentemente da dedicação dos profissionais, surgem em diversas circunstâncias danos não intencionais que podem acarretar graves consequências a nível individual (doente e cuidadores) e institucional. Neste sentido, a segurança torna-se um princípio fundamental na prestação dos cuidados e uma componente crítica na gestão da sua qualidade, exigindo um esforço por parte de todo o sistema de saúde em veicular uma ampla gama de ações de melhoria do desempenho e de gestão do risco associado.

---

<sup>1</sup> UNIDADE CURRICULAR DE ENFERMAGEM AVANÇADA (documentos de apoio). Prof.<sup>a</sup> Odete Lemos, ESEL, 2013.

Segundo Tavares (artigo de opinião, 2010) a segurança é um dos principais pilares para o desenvolvimento da criança e do jovem, seja a nível psicológico, físico ou social. Ao longo dos últimos anos surgiram diversas declarações mundiais e documentos institucionais que nomeiam os direitos da criança e mais especificamente o seu direito a um ambiente saudável. No âmbito da saúde, os enfermeiros que cuidam e interagem diretamente com as crianças, os jovens e as famílias estão na linha da frente para promover um ambiente seguro que garanta um crescimento e desenvolvimento saudável, através do reconhecimento e prevenção dos perigos existentes, liderando pesquisas sobre níveis de evidência nesta matéria e estimulando a tomada de decisão por parte dos órgãos competentes e a educação do público em geral.

As crianças têm características particulares que as tornam mais susceptíveis à ocorrência de eventos adversos. Para reduzir os danos atribuíveis aos cuidados de saúde é necessário, obviamente, prevenir os incidentes mas também identificá-los e notificá-los, disseminando melhores práticas e uma cultura de segurança. Tornar visível a ocorrência dos incidentes, pois só se previne o que se conhece, compreendendo a sua epidemiologia, o seu impacto humano e económico e os métodos para a sua prevenção e mitigação, é o primeiro passo rumo a cuidados que se querem seguros e de excelência.

A vulnerabilidade da população pediátrica, conjugada com o contexto potencialmente perigoso dos cuidados intensivos, torna as UCIP serviços de especial complexidade em matéria de segurança. Neste sentido, o enfermeiro deve conhecer a dinâmica deste tipo de ambiente, de forma a realizar uma intervenção efetiva, personalizada, fundamentada na melhor evidência científica disponível e que culmine na promoção da segurança da criança. Ao nível de especialista, o enfermeiro deve suportar esta intervenção nas filosofias de cuidados de enfermagem pediátricos e num quadro de referência orientador dos cuidados.

No que concerne às Filosofias de Cuidados de Enfermagem é necessário enquadrar a importância dos Cuidados Centrados na Família (CCF), já que os familiares devem atuar como parceiros no esforço conjunto pela procura e manutenção da segurança da criança, e dos Cuidados não Traumáticos (CNT), cujo objetivo primordial é não causar dano. De ressaltar que o quadro regulador da profissão faz também referência ao dever do enfermeiro em assegurar cuidados seguros à criança. Quanto ao referencial teórico de enfermagem, será utilizado o modelo de Patricia Benner, uma vez que esta autora descreveu domínios específicos para a

prática de cuidados intensivos, dos quais dois remetem diretamente para a temática da segurança do doente: prevenir os perigos num ambiente tecnológico e segurança do doente - monitorizar a qualidade e gerir a falha.

Na construção do presente relatório procurou-se dar resposta às necessidades pessoais e profissionais sentidas, com recurso a uma metodologia descritiva, reflexiva e crítica sobre as práticas desenvolvidas ao longo dos diversos contextos de estágio, mas também centrada na melhor evidência científica e nas diretrizes das organizações de referência, seja no âmbito da segurança ou no âmbito ético e regulador da profissão.

Deste modo, identifica-se como problema a necessidade de analisar se **as práticas de notificação de incidentes, em uso na unidade de cuidados intensivos, se inserem na dinâmica de um bom programa de notificação?** Ao responder a esta questão acredito ter terreno para propor linhas de intervenção estratégicas que sirvam de base a uma melhoria do PNI, visando a segurança desejada e minimizando ao máximo os riscos a que a criança/o jovem e a família estão suscetíveis.

O presente documento está organizado em três capítulos distintos. O primeiro capítulo reporta-se ao referencial teórico conceptual e comporta quatro subcapítulos nos quais é sintetizada a evidência científica sobre a temática da segurança em saúde, em pediatria e em cuidados intensivos pediátricos e explicitadas as filosofias de cuidados e o referencial teórico de enfermagem que suportam toda a análise incluída no relatório. No segundo capítulo faz-se uma reflexão crítica sobre o percurso de desenvolvimento de competências realizado nos diferentes contextos de estágio e estruturado de acordo com os objetivos e atividades delineados. No terceiro capítulo tecem-se as considerações finais sobre o percurso desenvolvido, nomeadamente as aprendizagens significativas e as competências adquiridas e os projetos futuros perspetivados. Por fim, são apresentadas as referências, com a lista de todas as obras citadas ou transcritas no relatório e, por último, os anexos e apêndices relevantes nesta trajetória.



## 1. REFERENCIAL TEÓRICO

O maior objetivo da Enfermagem Pediátrica é a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde às crianças, aos jovens e às suas famílias. Para alcançá-lo, a essência da prática contemporânea deve centrar-se no estabelecimento de uma relação terapêutica, na prevenção da doença, na promoção da saúde e num suporte, aconselhamento e colaboração apoiados no pensamento crítico, na tomada de decisão ética e na prática baseada na evidência (Hockenberry & Barrera, 2014). Neste relatório, a melhoria da qualidade dos cuidados é perspetivada na lógica da promoção de um ambiente seguro, o que é um direito e pressuposto fundamental para o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem.

A revisão crítica da literatura a seguir exposta pretende apresentar os contributos recolhidos da evidência científica, do quadro regulador da profissão e dos referenciais teóricos de enfermagem, de forma a conceptualizar as temáticas estruturantes do relatório e fundamentar a sua pertinência para a melhoria dos cuidados prestados, com vista à segurança e bem estar do cliente pediátrico.

### 1.1. A Segurança em Saúde

“*Primum non Nocere*”, isto é “*Primeiramente não causar dano*”, evocado por Hipócrates a 470-360 a.C., foi a primeira alusão à temática da **segurança do doente**, apesar de nesta altura o exercício da Medicina ser simples e naturalmente mais seguro e com menos risco associado (Fragata, 2011). Também Florence Nightingale, pioneira e catalisadora das mudanças significativas que se fizeram sentir no século XIX ao nível dos princípios e conceções das organizações de saúde, não passou ao lado da segurança do doente. Numa época embrionária para os cuidados de saúde, esta autora percebeu o quão determinantes são as condições em que estes são prestados, pelo que o objetivo primordial de não causar dano ao doente permanece intemporal (Abreu, 2012; Fernandes, 2012).

Das mudanças em matéria de saúde que originaram a introdução do conceito de risco salientam-se o desenvolvimento exponencial de meios diagnósticos, terapêuticos e farmacológicos, a complexidade das patologias e comorbilidades, a capacidade interventiva

sobre o corpo e a doença e, não menos importante, a transição dos cuidados de saúde para uma atividade de grupo sustentada em múltiplas interações humanas (Fragata, 2011). Segundo este autor, as atividades de saúde encontram-se hoje classificadas com um nível inferior a sigma 3<sup>2</sup>, o que as coloca entre as atividades físicas radicais e a condução automóvel.

O tema da segurança dos doentes tornou-se, na última década, uma questão central nas agendas da saúde e da sociedade, um pouco por todo o mundo. Após o revolucionário relatório *To Err is Human* do *Institute of Medicine* em 1999, que dava conta de um número impressionante de mortes derivado dos erros no sistema de saúde, foram criadas diversas agências de segurança das quais se destaca a *World Alliance for Patient Safety* (WAPS), criada sob a égide da Organização Mundial da Saúde (OMS). Um ano mais tarde, foi divulgado por esta organização o relatório *An Organization with a Memory* que veio reforçar os dados do estudo anterior (WHO, 2011). Segundo os dados publicados pela Comissão Europeia (CE, 2014), estima-se que 8-12% dos doentes internados estão sujeitos à ocorrência de um evento adverso. Comparativamente aos restantes países da União Europeia, Portugal é o terceiro país onde existe uma maior perceção populacional sobre a probabilidade de se ser prejudicado pelos serviços de saúde. Curiosamente, o nosso país situa-se nos últimos quatro lugares quando as percentagens se referem ao número de vezes que foi experienciado ou notificado um evento adverso em saúde. Este relatório refere ainda que Portugal tem instituído programas e políticas direcionadas para a segurança do doente, mas que a notificação de incidentes é apenas parcial e que não existe educação e treino dos profissionais de modo sistemático e generalizado, nem o envolvimento dos próprios doentes.

Dados estatísticos recentes (2011) apontam para a dimensão do problema no contexto nacional. Um estudo piloto realizado em onze hospitais portugueses revelou uma taxa de incidência de eventos adversos em episódios de internamento de 11%, dos quais 53% seriam evitáveis, contudo, na maioria dos casos, não houve dano ou este foi mínimo para o doente. De salientar que uma das limitações deste estudo é a não inclusão da população pediátrica (Sousa, Uva, Serranheira, Leite & Nunes, 2011). Fragata (2011) aponta para dados semelhantes, referindo que em 65% dos casos os erros não provocam qualquer consequência danosa, em 30% ocorrem consequências nefastas e em 5% culmina em morte.

---

<sup>2</sup> Sigma corresponde a um patamar de nível de segurança. Uma atividade com sigma 3 será aquela que apresenta uma unidade de erro, uma falha ou uma morte por cada 10<sup>3</sup> (1/1.000) (Fragata, 2011).

Como é perceptível, a segurança em saúde constitui atualmente um sério problema de saúde pública ao qual urge dar uma resposta efetiva. Apesar das competências necessárias para atuar perante esta problemática serem transversais em todo o mundo, é requerido que as estratégias adotadas sejam adaptadas aos contextos locais e recursos disponíveis (WHO, 2012). Importa identificar focos de atuação, hierarquizar intervenções e monitorizá-las com base em indicadores de eficácia. Tal permitirá definir um quadro de referência que possibilite integrar, articular e orientar a ação de todos os intervenientes para o objetivo primordial da redução da ocorrência de danos para o doente, assente numa prestação de cuidados de excelência e baseada na melhor evidência disponível (Sousa, 2006).

Para melhor compreender a **taxonomia** referente à segurança, importa clarificar alguns conceitos chave, definidos pela OMS e traduzidos pelo Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) da Direção Geral da Saúde (DGS, 2011):

- **Segurança do Doente** é a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo. **Risco** é a probabilidade de ocorrência de um incidente;
- **Qualidade** é o grau com que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual;
- **Evento** é algo que acontece a ou implica um doente;
- **Incidente** pode ser uma ocorrência comunicável, um quase-evento, um incidente sem danos ou um incidente que envolva danos (**Evento Adverso**). **Dano** implica prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, incluindo lesão, sofrimento, incapacidade ou morte e pode ser físico, social ou psicológico;
- **Incidente de Segurança** é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente;
- **Erro** é a falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano;

O conceito de segurança do doente pode *à priori* parecer pragmático e bem delimitado e, como tal, fácil de identificar, analisar, modificar e minimizar ou erradicar. No entanto, a prática

transmite-nos que a realidade tem particularidades que se prendem com a complexidade das organizações de saúde, com o carácter multifactorial das situações e com a sensibilidade do tema, o que torna difícil a abordagem a esta temática (Sousa, 2006).

### 1.1.1. A Prática de Notificação de Incidentes

De entre as várias ações governamentais propostas no âmbito da segurança em saúde destacam-se, com um denominador comum, a criação de agências especializadas para estudar e propor medidas de inversão da atual situação, a implementação de um sistema nacional de notificação de eventos adversos, a promoção de uma cultura de aprendizagem em detrimento de uma de culpabilização, o enfoque na análise das raízes do problema, o reforço da liderança e o envolvimento de todos os atores da prestação de cuidados de saúde (Sousa, 2006).

Destacando o *core* deste relatório, a criação de um sistema metódico de notificação é incutida pela WAPS e pela CE. Em Portugal, a criação do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos foi veiculada pelo DQS, após a tradução da Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (Henriques, 2011).

A eficácia de um **sistema de notificação de incidentes** (SNI) depende em grande medida da existência de uma cultura de segurança mas é também um instrumento indispensável para construir essa cultura (Costa, 2011). Infelizmente, e apesar do crescente interesse nesta área, há ainda uma generalizada falta de consciência sobre o problema em concreto, traduzida pela parca capacidade em reportar e analisar metodicamente os eventos ocorridos e aprender com eles (WAPS, 2005a). Neste sentido, urge desenvolver localmente um SNI, baseado nas diretrizes das organizações de referência e na melhor evidência produzida, cuja análise conduza a uma mudança efetiva através da aprendizagem sobre as falhas sistémicas e as inerentes à condição humana e que culmine nas melhores práticas de cuidados.

O círculo da segurança envolve seis passos: reportar, analisar, desenvolver soluções através de um plano de intervenção, implementar, auditar e monitorizar e por fim dar *feedback* (NPSA, 2004). A implementação eficaz de um SNI é um processo moroso e necessita de profissionais motivados e que incentivem a sua utilização em cada local de trabalho e de uma estrutura que garanta a análise e a informação de retorno em tempo útil. A investigação sistemática dos

incidentes permite determinar as áreas de intervenção prioritárias, seja pela maior frequência ou pela gravidade do dano que lhe está associado (Lage, 2010).

Segundo a Recomendação (2009/C 151/01) da CE e da WAPS (2005b), um SNI deve ter as seguintes **características**:

- Ser não punitivo, voluntário, confidencial, credível e justo nos seus objetivos;
- Ser independente de outros processos reguladores;
- Estar concebido de forma a motivar os profissionais para a notificação;
- Estar formulado de forma a realizar uma colheita e análise dos eventos adversos a nível local mas agregados a nível regional e nacional;
- Ser passível de análise por peritos em tempo útil.

De acordo com Henriques (2011), os **objetivos** de um SNI passam por:

- Identificar as causas das falhas ativas e latentes;
- Prevenir incidentes;
- Melhorar a gestão do risco;
- Atuar sobre as causas dos incidentes;
- Agir mais precocemente quando as falhas ocorrem;
- Partilhar o conhecimento e as boas práticas;
- Orientar a formação a nível local e nacional;
- Orientar a elaboração de normas e orientações;

Os principais **pressupostos** adjacentes a um SNI são (NPSA, 2007; Lage, 2010):

- Incluir todo o tipo de incidentes inerentes ao local e não só aqueles que estão interligados à segurança do doente;
- Distinguir quais foram os *outcomes* e não só o potencial que advêm da matriz de risco, ou seja, determinar se atingiu ou não o doente;
- Descrever de uma forma precisa o acontecimento para melhor compreender as causas e as consequências;
- Introduzir a prática baseada na evidência como ferramenta para perceber o que é científico, reconhecido pelos pares e de eficácia comprovada.

### 1.1.2. A Enfermagem como Chave para a Melhoria da Segurança do Doente

No passado, a responsabilidade da enfermagem na segurança do doente era vista em aspetos restritos como a interceção de erros de medicação ou de quedas e, apesar destas dimensões permanecerem importantes, a amplitude e profundidade são agora maiores (Mitchell, 2008). A contribuição mais importante prende-se com a capacidade de coordenar e integrar os múltiplos aspetos da qualidade na prestação direta dos cuidados de enfermagem e de todos os outros profissionais. Esta função integrativa conduz a que a dotação de enfermeiros esteja diretamente relacionada com um menor número de complicações e mortes. Concomitantemente, a estreita proximidade entre o enfermeiro e o doente, promove o acompanhamento e vigilância, que são determinantes na identificação dos perigos e do agravamento do doente antes que tal se torne um evento crítico (Mitchell, 2008). Esta capacidade integrativa e estreita proximidade com o doente decorrem da natureza dos cuidados de enfermagem que, tendo por base Benner (2001), pode ser explicada através das funções de ajuda, de orientação e educação, de diagnóstico e vigilância, de gestão eficaz das situações de evolução rápida, da implementação de protocolos terapêuticos e cuidados de qualidade e da gestão de tarefas.

No que concerne ao desenvolvimento do conhecimento da disciplina, a investigação demonstra que os erros podem acontecer em qualquer etapa do processo de enfermagem. Um estudo no âmbito das decisões e ações de enfermagem revelou que a maioria dos erros ocorre no processo de intervenção, seja a nível da comunicação, planificação ou avaliação (Abreu, 2012). Segundo esta autora, refletir sobre os erros associados às práticas, leva-nos a identificar estratégias de intervenção adequadas que devem ser veiculadas no sentido da prevenção e, conseqüentemente, como contribuição para os ganhos em saúde .

Uma tomada de posição da OE sobre a segurança do cliente enuncia que os enfermeiros têm o dever de assegurar cuidados de excelência e promover ambientes seguros. A excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado e em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Os enfermeiros devem agir de acordo com as práticas recomendadas, participando ativamente na identificação, análise e controle dos potenciais riscos contextuais, tendo particular atenção à proteção dos grupos de maior vulnerabilidade (Nunes, 2006), como é o caso da população pediátrica. Para que tal aconteça, é necessário ter presente a importância da

complementaridade em saúde, só possível através de uma ação multiprofissional consistente que se traduzirá num melhor e mais seguro cuidado a esta população específica.

## 1.2. A Segurança em Pediatria

Não existe na literatura uma fonte única e abrangente de informações sobre a **segurança em pediatria**, sendo necessário recorrer a uma variedade de fontes e métodos para construir um quadro de referência sobre o assunto.

Dados recentes apontam para que aproximadamente 70.000 crianças por ano sofram algum tipo de dano decorrente de eventos adversos relacionados com saúde (Lemon & Stockwell, 2012). Uma revisão sobre esta temática realizada pela *National Patient Safety Agency* (NPSA), baseada numa ampla gama de resultados internacionais e do SNI inglês, dá conta de algumas estatísticas referentes à população pediátrica dos 0 aos 17 anos (NPSA, 2009). A taxa de ocorrência de eventos adversos por cada admissão hospitalar ronda os 2-10%, sendo encontrados fatores evitáveis em 26% dos casos, valores mais baixos comparativamente com a restante população. As principais causas para a sua ocorrência foram as falhas de comunicação (a par do que acontece com os adultos) e a falta de capacidade profissional em reconhecer a gravidade clínica, sendo que apenas em 46% dos casos foram fornecidos cuidados de qualidade baseados na evidência. O nível de danos sofridos pelas crianças foi nulo ou diminuto, mas nos casos em que tal ocorreu as percentagens referem-se aos doentes neonatais. Quanto à tipologia, a mais comumente reportada refere-se aos incidentes de medicação (dose/concentração incorreta) com 17%, seguida dos incidentes de procedimento (falha, atraso ou tratamento incorreto) com 13% e, por fim, dos acidentes com a criança (quedas) com 11%.

Na sequência dos números e focos de atenção encontrados, a NPSA (2009) desenvolveu pontos-chaves de atuação dos quais se destaca:

- Uso de ferramentas e recursos criados neste âmbito: o *Paediatric Global Trigger Tool* (mede o nível de dano causado pelos eventos adversos) e o *Spotting the Sick Child* (pacote *e-learning* disponível para todos os que cuidam diretamente de crianças);
- Criação de campanhas de sensibilização;
- Divulgação do *National Service Framework for Children*, um quadro de referência no que diz respeito à partilha de informação com a criança e família. Este ponto é de

extrema importância já que a construção desta relação, através do uso efetivo da comunicação, é considerada vital na prestação de cuidados seguros e de suporte, indo ao encontro da filosofia dos CCF. Este quadro inclui tópicos como a comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento e a transmissão de más notícias;

- Promoção de serviços *child friendly*, cujo ambiente seja adequado e seguro para o desenvolvimento infantil.

Um estudo realizado por Beal em 2004 (Lacey, Smith & Cox, 2008) relatou quatro desafios distintos a quem conduz pesquisas e cuida da população pediátrica e que, conjuntamente, criam um ambiente de alto risco para as crianças hospitalizadas. Os primeiros dois desafios reportam-se a características específicas da criança – o **desenvolvimento**: as crianças têm um rápido desenvolvimento cognitivo, social, físico e emocional, o que conduz a uma alteração das necessidades de segurança e cuidados de saúde ao longo do ciclo de vida e à necessidade de uma abordagem integrada e conduzida de acordo com cada etapa do desenvolvimento infantil; e a **dependência**: as crianças e os cuidados de que necessitam estão dependentes da família e dos cuidadores, principalmente nas mais jovens e que ainda não conseguem comunicar verbalmente. Os outros desafios referem-se a condições extrínsecas à criança – a **epidemiologia**: a maioria das hospitalizações na criança deve-se a um acontecimento agudo, pelo que o planeamento das iniciativas de segurança e qualidade dentro de um quadro de bem-estar que é interrompido por uma condição aguda requer uma nova maneira de pensar; e a **demografia**: as crianças estão mais suscetíveis de experimentar disparidades culturais na área da saúde.

Existe uma lacuna na pesquisa sobre segurança e qualidade focada na população pediátrica, o que se pode dever ao facto da Pediatria representar muitas das vezes uma pequena parte do hospital. No entanto, é crucial que as instituições reconheçam as particularidades anteriormente descritas e desenvolvam uma abordagem orientada para proteger esta população vulnerável. As crianças, devido à sua imaturidade fisiológica e defesas limitadas, estão mais propensas à ocorrência de um evento adverso, e as que experienciaram um incidente tiveram maior tempo de internamento, maior taxa de mortalidade e acarretaram um maior encargo institucional, o que espelha bem o impacto humano e económico desta problemática (Runy, 2009; Lacey et al., 2008). Como tal, estes mesmos autores referem que as questões específicas que se levantam no âmbito da segurança em pediatria deveriam ser analisadas por comités hospitalares autónomos,

constituídos por pesquisadores com formação nesta área e que examinassem as implicações das iniciativas necessárias para esta população específica.

Uma das medidas a salientar nesta matéria foi a criação, por parte de Woods et al. (2005), de uma taxonomia relativa aos eventos adversos pediátricos e que engloba quatro categorias principais: o tipo de evento (decisão, execução, comunicação, etc.); o domínio do cuidado (preventivo, diagnóstico, tratamento, etc.); os fatores contribuintes, sejam eles específicos da criança (características físicas, desenvolvimento, etc.), relativos aos prestadores de cuidados (cognitivos, físicos, emocionais, etc.) ou ambientais (sistema organizacional, cultura, infraestruturas, etc.); e por fim os *outcomes* (resultado do problema e nível de dano). É clara nesta estrutura a inclusão de dois fatores essenciais – as características específicas da criança e o ambiente de cuidados – que devem ser foco de atenção e intervenção por parte do EEESCJ.

#### 1.2.1. Domínios e Desafios para o EEESCJ

No que concerne ao **quadro regulador da profissão**, a segurança vem desde logo refletida no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2009a). O Artigo 78º define como valores universais a competência e o aperfeiçoamento profissional e como princípios orientadores a responsabilidade e o respeito pelos direitos humanos, nas alíneas a) e b), respetivamente. No Artigo 79º, o dever deontológico referido na alínea c) é o de proteger e defender a pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum. Por fim, na alínea a) do Artigo 88º é referido que o enfermeiro deve analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude e, na alínea d), comunicar as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados.

Também as competências comuns do EE espelham a preocupação com a temática da segurança, seja no Domínio da Melhoria da Qualidade, através do desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade e da manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, seja no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, através de processos de tomada de decisão baseados em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes (OE, 2010a). No que concerne às competências específicas do EEESCJ que se pretende desenvolver ao longo deste percurso, também existe uma ligação com a problemática em causa, designadamente nos

domínios da promoção do desenvolvimento e da saúde da criança em situações de especial complexidade, como é o internamento no ambiente de cuidados intensivos (OE, 2010b).

Se cabe ao EEESCJ desenvolver estratégias de melhoria da qualidade, promotoras da segurança da criança e baseadas na melhor evidência disponível, importa então evidenciar o que a literatura revela serem as áreas de pesquisa prioritárias na prestação de cuidados e os problemas que requerem uma investigação mais aprofundada. Wilson, Ramelet e Zuiderduyin (2010) realizaram um estudo Delphi que identificou 37 áreas de pesquisa consideradas fundamentais para a segurança dos cuidados e bem estar da criança e família e que foram organizadas em três categorias: *criança*, *família* e *promoção da saúde*. Na categoria relativa à *criança* sobressaíram os tópicos relativos às estratégias de redução do erro terapêutico, à gestão da dor, ao efeito do *feedback* dos incidentes na sua posterior ocorrência, às melhores práticas requeridas para as crianças que necessitam de cuidados complexos e aos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem<sup>3</sup>. Na categoria *família* alguns dos tópicos encontrados prendem-se com o impacto da necessidade de cuidados complexos para a família e com as perceções parentais sobre os CCF.

Segundo a missão do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011b), o EEESCJ deve prestar cuidados de nível avançado, com segurança e competência à criança e ao jovem saudável ou doente, bem como trabalhar com esta(e) e respetiva família em qualquer contexto em que se encontrem. Neste sentido, o EEESCJ deve, na sua prática de cuidados, focalizar a intervenção de forma a proporcionar à criança um ambiente promotor de saúde e do seu desenvolvimento, estando esta relação também bem patente na evidência científica.

Em primeiro lugar importa referir que o **direito à segurança** é considerado fundamental para o desenvolvimento da criança, pelo que vem reportado em diversos documentos significativos. A Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1990) refere no Artigo 3º alínea 3) que os serviços que têm crianças a seu cargo devem assegurar a sua proteção, nomeadamente nos domínios da segurança e da saúde e, no Artigo 6º alínea 2), que os estados

---

<sup>3</sup> São considerados indicadores de qualidade e segurança sensíveis aos cuidados de enfermagem a gestão da dor, a manutenção e permeabilidade de acessos venosos periféricos, a prevenção de erros de administração terapêutica, a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, a prevenção de lesões por pressão, a satisfação da criança e família e a melhoria na colaboração e comunicação entre os profissionais (Lacey et al., 2008).

devem assegurar na máxima medida possível a sobrevivência e o desenvolvimento da criança. Também nas Anotações à Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 2009) é consagrado no sétimo artigo que o hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspeto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança. O acesso aos cuidados de saúde de alta qualidade é um direito humano essencial, reconhecido e valorizado também pela União Europeia. A Declaração do Luxemburgo menciona que os doentes têm o direito de esperar que sejam efetuados todos os esforços para assegurar a sua segurança enquanto utilizadores de qualquer serviço de saúde (Comissão Europeia, 2005). Em suma, a segurança é certamente um dos principais pilares para o desenvolvimento da criança, seja em termos psicológicos, físicos ou sociais. Como tal, a defesa do direito à segurança deverá ser assumido como uma intervenção autónoma de enfermagem a incluir na prestação de cuidados em Saúde Infantil (artigo de opinião de Tavares, 2010).

O facto de que o ambiente em que as crianças vivem e crescem pode ter um impacto positivo ou negativo na sua saúde e desenvolvimento não é desconhecido. Contudo, o reconhecimento de que ambientes adversos podem afetar significativamente e especificamente o crescimento e desenvolvimento da criança ao longo do ciclo de vida, ainda não foi realmente percebido pelos prestadores de cuidados pediátricos (Gavidia, Garbino & Sly, 2009). Neste sentido, importa enquadrar as unidades de cuidados intensivos pediátricos como ambientes potencialmente adversos.

### 1.3. A Segurança em Cuidados Intensivos Pediátricos

A incidência de eventos varia de acordo com o local onde ocorrem, com fatores subjacentes ao próprio doente e com o tipo de cuidados necessários. Fragata (2011) refere que os doentes pediátricos apresentam um maior risco de probabilidade e gravidade de eventos adversos e que na área de cuidados intensivos se estima que cada doente possa sofrer um a dois eventos adversos por dia, o que torna estas unidades um ambiente potencialmente letal.

A elevada incidência do número de incidentes nas **Unidades de Cuidados Intensivos** deve-se à complexidade clínica dos doentes, à pressão associada às situações de urgência, ao tempo de permanência, ao carácter invasivo dos procedimentos, à intensidade terapêutica, ao funcionamento por turnos com quebras frequentes da comunicação e ao uso de equipamentos

complexos (Fragata, 2011). Diversos estudos reportam como incidentes mais frequentes neste tipo de ambiente os erros de medicação, as infecções associadas aos cuidados de saúde, as falhas associadas aos acessos e drenagens, as falhas de equipamento, os problemas relacionados com o compromisso da via aérea e ventilação, a má regulação dos alarmes, a falta de formação e treino profissional e a comunicação não efetiva (Martin, 2013; Bauer, Hoffmann, Bragg & Scanlon, 2013; Fragata, 2011; Schatkoski, Wegner, Algeri & Pedro, 2009; Skapik, Pronovost, Miller, Thompson & Wu, 2009; Nichter, 2008).

Alguns dos principais indicadores de (in)segurança a serem medidos numa **Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos** (UCIP) são: a taxa de mortalidade, o tempo de internamento não ajustado à gravidade clínica, a taxa de readmissões não planeadas, a taxa de erros terapêuticos, a taxa de extubações não programadas, a taxa de incidentes associados a acessos centrais e periféricos, a taxa de infeção associada aos cuidados de saúde e a taxa de danos induzidos por equipamentos (Fragata, 2011; Lacey et al., 2008).

Por último importa sistematizar aquelas que devem ser as componentes de um SNI nas unidades de cuidados intensivos (Intensive Care Society, 2006):

- Categorias do tipo de incidente (definidas pela OMS ou disponíveis na evidência científica em matéria de UCIP);
- Descrição detalhada do incidente (local, data e acontecimento);
- Fatores contribuintes (ambientais, equipamento, humanos e práticas de cuidados);
- Nível de dano causado, com uma matriz de risco que cruze a gravidade da consequência com a probabilidade de recorrência.

#### 1.4. Filosofias de Cuidados e Referencial Teórico de Enfermagem

Ao nível de especialista, o EEESCJ deve suportar a sua intervenção naquelas que são consideradas as filosofias de cuidados de enfermagem pediátricos e num quadro de referência orientador dos cuidados. Pela sua importância para com o compromisso da salvaguarda dos direitos e da segurança da criança, serão enquadradas como filosofias de enfermagem em pediatria os cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos e como referencial teórico o desenvolvido por Patricia Benner.

No que concerne às **filosofias de enfermagem em pediatria**, não poderia deixar de referir os **CCF**, cujos conceitos básicos são a capacitação da família na aquisição e/ou desenvolvimento de competências para atender às necessidades da criança e do jovem e o empoderamento da família no reconhecimento de comportamentos de ajuda que fomentem as próprias forças, habilidades e ações (Hockenberry & Barrera, 2014). As necessidades da criança e do jovem são aqui perspectivadas na óptica do seu crescimento e desenvolvimento que, como já foi evidenciado, são claramente influenciados pelo ambiente em que estão inseridos. Neste sentido, ao prestarmos cuidados centrados na família estamos não só a reconhecer o seu papel vital no processo de cuidados, mas também a incrementar o clima de segurança, já que existe um esforço conjunto por parte de todos os intervenientes, bem como a comunicação intrínseca à parceria de cuidados e facilitadora na resolução dos problemas detetados (Ponte, Connor, DeMarco & Price, 2004).

A intervenção do EEESCJ deve ser também fundamentada na filosofia dos **CNT**, cujo objetivo primordial é não causar dano (Hockenberry & Barrera, 2014). Neste sentido, o enfermeiro deve prevenir, erradicar ou minimizar toda e qualquer ação que possa causar dor e/ou lesão corporal, bem como utilizar estratégias específicas para cada estágio de desenvolvimento e particularidades da criança em causa, tendo em conta os significados que ela atribui à situação e às suas experiências prévias.

Por último importa enquadrar o referencial teórico de enfermagem que servirá de sustentação teórica para a temática em causa. As teorias de enfermagem traduzem o corpo de conhecimento que suporta a prática de enfermagem, pelo que são ferramentas úteis para o raciocínio, pensamento crítico e tomada de decisão nesta prática. Estas teorias promovem uma abordagem sistemática centrada no cliente, uma vez que ajudam o enfermeiro a organizar, compreender e analisar os dados que a ele remetem, bem como tomar decisões sobre as intervenções de enfermagem necessárias para planear o seu tratamento e prever e analisar os respetivos resultados (Tomey & Alligood, 2004).

A **teoria filosófica de Patricia Benner** centra-se nos contributos que a prática e a teoria têm para o desenvolvimento do conhecimento da disciplina de enfermagem, ou seja, a teoria deriva da prática e esta é alterada ou alargada pela teoria. Para esta teórica é necessária uma

teoria que descreva, interprete e explique não um ideal de enfermagem imaginário mas uma verdadeira enfermagem perita como é a praticada no quotidiano (Tomey & Alligood, 2004). Neste sentido, o enfermeiro especialista desenvolve as suas habilidades e a compreensão ao cuidado do doente através de uma base educacional sólida mas também das suas experiências práticas ao longo do exercício profissional.

Ao longo do seu trabalho, Benner descreveu domínios, isto é, estruturas interpretativas para melhorar a compreensão do conhecimento presente na prática de enfermagem, que englobam competências semelhantes identificadas a partir da prática real. Benner descreve que estes domínios e competências são úteis para a articulação contínua do conhecimento contido na prática especializada da profissão. Dentro da temática dos domínios clínicos, a autora mobiliza o conceito de previsão clínica que se refere a quatro hábitos de pensamento e ação: pensar o futuro, prever clinicamente diagnósticos e lesões específicas, antecipar riscos para doentes específicos e antecipar o inesperado (Tomey & Alligood, 2004). Este conceito insere-se claramente na prática de cuidados intensivos, já que a prática neste contexto requer esta antecipação de possíveis lesões e riscos futuros.

A prática de enfermagem no ambiente de cuidados intensivos é intelectual e emocionalmente desafiadora, exigindo decisões e respostas rápidas em condições de risco de vida nas quais existe pouca margem de erro (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011). Estas autoras identificaram nove **domínios** da prática de enfermagem específicos para este contexto de cuidados e que se traduzem por situações nas quais existem objetivos e preocupações comuns – *diagnosticar e gerir o suporte das funções vitais em doentes instáveis; gerir uma crise com conhecimentos especializados; providenciar medidas de conforto a doentes em situação crítica; cuidar das famílias dos doentes; prevenir os perigos num ambiente tecnológico; enfrentar a morte: cuidados e tomada de decisão em fim de vida; comunicar e negociar múltiplas perspetivas em equipa; segurança do doente: monitorizar a qualidade e gerir a falha; e liderar, treinar e orientar outros com conhecimento especializado* (trad. do autor). Estes domínios espelham algumas das competências que devem caracterizar a prática de enfermagem em cuidados intensivos. Embora alguns destes domínios voltem a ser perspetivados no próximo capítulo, dois deles remetem diretamente para a temática em causa, pelo que serão analisados de forma mais detalhada.

O ambiente de cuidados intensivos tem um carácter cada vez mais medicalizado, especializado e tecnologicamente sofisticado. O enfermeiro está na linha da frente no uso desta tecnologia, pelo que deve compreender que esta nunca é isenta de riscos e orientar a sua prática na prevenção dos perigos reais e potenciais. Importa clarificar que a tecnologia deve ser entendida de forma abrangente, incluindo qualquer medicação, instrumento, aparelho, equipamento ou tratamento que seja utilizado neste contexto (Benner et al., 2011). Relativamente ao domínio ***prevenir os perigos num ambiente tecnológico***, estas autoras descrevem três requisitos de segurança centrais na prática de enfermagem: realizar avaliações práticas sobre a tecnologia, empenhar-se num trabalho seguro e utilizar e avaliar de forma eficaz o desempenho dos dispositivos técnicos. O primeiro requisito pretende pesar os riscos e os benefícios de uma determinada intervenção tecnológica num doente em particular, a fim de determinar se esta é apropriada e útil. Esta avaliação deve ser aliada às avaliações científicas que norteiam a prática baseada na evidência. O segundo requisito refere-se à preocupação que os enfermeiros devem ter para humanizar este ambiente predominantemente tecnológico, bem como proteger o doente e família dos riscos potenciais e reais que esta acarreta. Esta proteção decorre do extenso, mas por vezes invisível, trabalho dos enfermeiros, como são exemplos a prevenção das infeções iatrogénicas, a rotulagem dos acessos vasculares ou da medicação em curso, o *double check* na administração de um hemoderivado, o ajuste dos alarmes à idade e condição clínica do doente, a realização de posicionamentos adequados para prevenir lesões por pressão ou, como é referido no terceiro requisito, a garantia de que todos os equipamentos estão aptos a ser utilizados de forma efetiva. Em suma, neste domínio a segurança é integrada como uma meta para a qualidade e, sendo uma componente crucial na prática de enfermagem, requer conhecimentos específicos sobre o contexto e as suas configurações.

Na abordagem ao outro domínio direcionado para a temática em causa - ***segurança do doente: monitorizar a qualidade e gerir a falha*** – Benner et al. (2011) colocam o enfermeiro na linha da frente dos cuidados seguros e de qualidade, uma vez que estes são, usualmente, a última barreira de defesa dos doentes contra os perigos inerentes à hospitalização. Embora a prevenção dos acidentes assuma um papel fundamental na prática de enfermagem, é difícil atribuir uma percentagem dos cuidados em prol da segurança, visto todo o trabalho estar integrado numa óptica de vigilância, monitorização e prevenção de danos. Não sendo possível fornecer cuidados

totalmente isentos de risco, gerir as situações de rotura em matéria de segurança é essencial numa prática especializada. Estas autoras ilustram seis aspetos que devem integrar a atuação especializada dos enfermeiros: as intervenções devem estar sustentadas numa óptica de compromisso para com práticas consideradas seguras; deve existir uma monitorização constante das práticas neste contexto com vista à melhoria da qualidade e à gestão do risco; os enfermeiros devem ser elementos de suporte na equipa em situações de crise, por exemplo através do *coaching* dos restantes membros no desenvolvimento de competências e conhecimentos clínicos; devem ser promovidas estratégias de *team building* por forma a resolver situações de conflito; o sistema deve ser redefinido com base nas novas aprendizagens a fim de prevenir futuras quebras de segurança; e, por último, é necessário trabalhar contra todas as probabilidades, mesmo sabendo que as falhas são inerentes ao sistema e não podem ser totalmente evitadas.

No que concerne ao **metaparadigma** da filosofia teórica de Benner, a autora descreve o conceito de *Enfermagem* como uma prática de cuidados cuja ciência é conduzida pela arte e pela ética moral do cuidar e da responsabilidade. A *pessoa*, neste caso a criança, é um ser aberto ao mundo e ao ambiente envolvente e que se define ao longo do percurso de vida. Já o ambiente é, neste modelo conceptual, substituído pela *situation* (situação) e refere-se à interação, interpretação e compreensão do contexto envolvente. A autora refere ainda que quando a pessoa é hospitalizada, o desconhecimento perante o contexto pode levá-la a sentir-se *desituated*<sup>4</sup> e influenciar a sua percepção de segurança (Benner & Wrubel, 1989). Este metaparadigma vai ao encontro da intervenção do enfermeiro no âmbito da problemática em causa, uma vez que este deve adotar uma prática de cuidados responsável e que promova a segurança da criança, que está inserida num ambiente que influencia diretamente o seu percurso de vida.

Contudo não foi apenas Benner que referiu a importância de um ambiente seguro. Virginia Henderson referiu a necessidade de educação sobre a segurança e de proteção dos doentes de danos mecânicos. Jean Watson fez alusão ao conceito de ambiente protetor e Callista Roy referiu que o ambiente afeta o desenvolvimento e o comportamento. Já Nancy Roper descreveu como uma das atividades de vida a manutenção de um ambiente seguro (Tomey & Alligood, 2004).

---

<sup>4</sup> Optou-se por não traduzir este conceito por desvirtuar o verdadeiro significado da expressão, isto é, a pessoa não se sentir integrada na situação.

## 2. DE GENERALISTA A ESPECIALISTA... UM PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Remetendo para a conceptualização que Benner desenvolve quanto à aquisição de competências, na qual existe uma aliança entre a teoria e a prática, é fácil entender que o percurso rumo a enfermeiro especialista teria que abarcar uma componente de experiências práticas. Após o enquadramento teórico anteriormente desenvolvido, importa agora analisar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, que resultou do autodiagnóstico de necessidades realizado com base no Regulamento de Competências do EEESCJ (OE, 2010b) e que, simultaneamente, privilegiou os aspetos relacionados com a segurança dos cuidados de enfermagem prestados à criança, ao jovem e à sua família. Neste percurso de crescimento pessoal e formativo foi realizado um estágio em quatro contextos distintos, nos quais foram delineados objetivos e atividades que pretenderam dar resposta às minhas necessidades de aprendizagem e competências propostas.

Embora as experiências para cada campo de estágio tenham sido perspetivadas numa ótica específica, foram traçados os seguintes **objetivos gerais** transversais a todos os contextos:

- Desenvolver competências comuns de EE e competências de EEESCJ;
- Analisar os cuidados de qualidade prestados com vista à segurança da criança, do jovem e da família;
- Promover a implementação de cuidados de qualidade com vista à segurança da criança, do jovem e da família.

O cronograma do respetivo estágio encontra-se no Apêndice 1 e os objetivos e atividades específicas de cada experiência encontram-se nos Apêndices 2 a 5.

O primeiro contexto de estágio foi realizado numa **Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados** (UCSP) cujo hospital de referência é aquele onde exerço a minha atividade profissional, o que permitiu analisar elos de ligação entre os contextos. Esta UCSP comporta as valências de Saúde Infantil, Saúde Escolar, Vacinação, Saúde Oral, Atendimento de Jovens e Adolescentes e Unidade Móvel, o que proporcionou uma diversidade de experiências numa faixa etária alargada e o desenvolvimento das competências mais dirigidas para a maximização da

saúde e avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil. Não obstante, as valências com as quais tive maior contacto foram a Consulta de Saúde Infantil e Juvenil (CSIJ), Vacinação e Unidade Móvel, mais especificamente na realização de visitas domiciliárias.

O segundo período de estágio decorreu em dois serviços integrados de um Centro Hospitalar de Lisboa (CHL), mais especificamente na **Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais** (UCIN) e no **Gabinete de Gestão do Risco** (GGR), considerado uma referência na área da notificação de incidentes. Neste estágio deu-se especial atenção à aquisição de conhecimentos na área da segurança.

O terceiro período de estágio realizou-se num serviço de **Internamento de Pediatria** (IP) de um hospital distinto do anterior, que foi especificamente escolhido por ser um contexto de pediatria geral que proporcionaria o contacto com crianças e jovens de diferentes faixas etárias, a viverem situações de foro médico e cirúrgico.

Por fim, o último contexto de estágio decorreu numa **Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos** integrada noutro CHL e onde exerço a minha atividade profissional. A permanência neste contexto visou analisar o **objeto de estudo** deste percurso – notificação de incidentes como prática para a melhoria da segurança nos cuidados prestados à criança e ao jovem – e promover a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no atual contexto da prática.

Neste capítulo, as atividades e as aprendizagens teóricas e experienciais significativas realizadas ao longo do estágio serão alvo de reflexão, abordando-se aquelas que são direcionadas para a área da prestação de cuidados, mas também para outras áreas do exercício profissional, tais como a gestão e a formação.

## 2.1. O Percurso para o Desenvolvimento de Competências de EEESCJ

A finalidade desta unidade curricular prende-se com o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família e o programa de estágio implica a mobilização de quadros de referência próprios da profissão e da área da especialidade, com recurso a programas, modelos e técnicas de intervenção próprios (Diogo, 2014). Nesta linha de

pensamento, no âmbito do objetivo geral **desenvolver competências específicas de EEESCJ**, deu-se maior atenção aos seguintes objetivos específicos: **analisar a dinâmica funcional do serviço, identificar os quadros de referência norteadores dos cuidados prestados e analisar o papel do EEESCJ no seio da equipa multidisciplinar.**

Relativamente ao primeiro importava analisar não só a estrutura e organização do serviço mas também o método de trabalho, dos cuidados prestados e da articulação com a equipa multidisciplinar. Dada a atual conjuntura socioeconómica, os serviços de saúde e os seus profissionais devem delinear estratégias que visem ir ao encontro da nossa população. Remetendo para a **CSIJ**, esta funciona num período alargado, isto é, todos os dias da semana de manhã e de tarde, o que facilita o acesso à população numa altura em que o acesso aos cuidados de saúde é um direito que está em risco (OPSS, 2015). Concomitantemente, a consulta alicerça-se no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013) que pretende articular a prestação de cuidados com o mínimo de deslocações possíveis, dos quais são exemplo os exames de saúde oportunistas e a harmonização com o Programa Nacional de Vacinação. Acredito que esta articulação não só facilita as necessidades pessoais e profissionais dos utentes/família (redução do tempo e custos associados), como também fortalece a sua aliança e confiança com os serviços de saúde, na medida em que veem as suas necessidades respeitadas e priorizadas. Mais importante ainda, permite abranger e ter contacto com um maior número de crianças e jovens, com conseqüente promoção da saúde e bem-estar e vigilância das eventuais situações de risco que possam ocorrer. Não obstante a flexibilidade instituída pelo programa, importa analisar que os momentos preconizados para a cronologia das consultas vão ao encontro do Modelo *Touchpoints* de Brazelton, que perspetiva o desenvolvimento infantil e da parentalidade em torno de momentos chave. Os *touchpoints* são períodos previsíveis de desorganização ao longo do desenvolvimento infantil que podem perturbar as relações familiares mas inversamente constituir oportunidades para os profissionais se aliarem às famílias (Brazelton, 2006). Neste sentido, o PNSIJ (DGS, 2013) é delineado em torno destes momentos importantes, podendo ainda adequar-se a casos mais particulares que exijam necessidades singulares (doença grave, nascimento de um irmão, etc.), o que evidencia a personalização dos cuidados.

Analisar o método de trabalho utilizado nos diversos contextos implica trazer para esta discussão um dos pilares dos modelos de intervenção do EEESCJ – **os cuidados**

**individualizados, personalizados e continuados.** O método por enfermeiro responsável é aquele que mais vai ao encontro destes cuidados, já que o facto de ser tendencialmente o mesmo enfermeiro a acompanhar as crianças/jovens e famílias permite que os cuidados sejam direcionados às suas necessidades, expectativas e fontes de bem-estar. Os contextos onde este método foi mais notório foram a UCSP e a UCIN. Na primeira unidade existe a preocupação no acompanhamento familiar nos diversos momentos de contacto, seja aquando da realização do Teste de Guthrie, nas diversas consultas ou nas visitas domiciliárias. O conhecimento que o EEESCJ tem da população que pertence à UCSP, bem como dos recursos da comunidade em que está inserida, facilita este acompanhamento individualizado, personalizado e continuado, seja na óptica da promoção da saúde, seja em situação de doença ou outro tipo de vulnerabilidade (situações de risco). Favorece igualmente todo o acompanhamento familiar e é notório o papel que ele assume como figura de referência. Na UCIN este método também se encontra bem vincado, havendo desde logo na admissão a atribuição de um enfermeiro responsável que, além de acompanhar preferencialmente o recém-nascido (RN) e família ao longo do internamento e ser o elo de ligação com a restante equipa, também realiza o seu acompanhamento após a alta.

Para além deste pilar interessa agora **identificar os quadros de referência norteadores dos cuidados prestados.** Como referido no enquadramento conceptual, ao nível de especialista, o enfermeiro deve suportar a sua intervenção naquelas que são consideradas as filosofias de cuidados de enfermagem pediátricos, nomeadamente os CCF e os CNT. Para melhor direccionar o meu olhar sobre os aspetos inerentes a estas filosofias e à temática foco deste relatório, foram criadas, para cada um dos contextos, grelhas que contemplam tópicos sustentados na pesquisa teórica e que tiveram o intuito de facilitar a presente análise reflexiva e os aspetos de maior relevância para a aprendizagem (Apêndices 6 a 9).

A filosofia dos **CCF** reconhece a família como uma constante na vida da criança e fundamenta-se na capacitação e empoderamento que os profissionais devem desenvolver junto das famílias, de forma a potenciar as competências necessárias à satisfação das suas necessidades (Hockenberry e Barrera, 2014). Na perspetiva pessoal, os cuidados prestados nos diversos contextos assentam no apoio, respeito e potenciação das capacidades familiares (mais especificamente parentais) no cuidado ao RN, à criança ou ao jovem, já que reconhecem a diversidade das estruturas familiares e os seus conhecimentos, valores e crenças, objetivos,

desejos e sonhos e dificuldades. Os *core concepts* preconizados pelo *Institute for Patient and Family-Centered Care* (¶2) estão espelhados na atuação da EEESCJ, que foi inspiradora para o meu desenvolvimento pessoal e profissional como futura enfermeira especialista. A **Dignidade e Respeito** refletem-se na importância dada a todo o *background* familiar, respeitando e honrando as suas perspectivas e escolhas, como é exemplo a adaptação que se tenta realizar a nível da diversificação alimentar nas diferentes culturas na UCSP ou na valorização dos objetos religiosos nos RN com ascendência africana na UCIN. Quanto à **Partilha de Informação**, esta é realizada de forma completa, objetiva e personalizada às famílias em questão, permitindo uma tomada de decisão efetiva no cuidar dos seus filhos. Um exemplo disto prende-se com a temática do aleitamento materno, nomeadamente na tentativa de encontrar um equilíbrio entre a sua importância (nas vertentes alimentar, imunitária e vinculativa) e as eventuais dificuldades sentidas no processo de amamentação. Surgiram situações em que eram notórias as dificuldades maternas pelo que se procuraram conjuntamente medidas de resolução que visassem o bem-estar da mãe e do bebé, tal como a partilha de estratégias de estimulação da produção de leite e de recursos materiais disponíveis e acessíveis e a observação da amamentação, de forma a apoiar em tempo real este momento e a valorizar o esforço e as competências maternas. O encorajamento e suporte para a, e na **Participação** dos cuidados também foram visíveis, por exemplo, nos momentos da realização do Teste de Guthrie na UCSP, em que os pais eram incentivados, se assim o desejassem, a estar presentes e participarem com cuidados não traumáticos (dar colo, sacarose, etc.); no IP a participação parental nos diversos procedimentos também era uma constante e tal reflete-se de forma notória na maior cooperação e bem-estar das crianças. Por fim, relativamente ao conceito de **Colaboração**, esta é a ação que considero ter maior potencial de melhoria. Creio que poderia existir uma voz mais ativa das famílias relativamente a alguns constrangimentos institucionais como por exemplo na realização concomitante da consulta de Saúde Infantil e de Vacinação, que é preconizado mas nem sempre realizado.

Na esfera dos **CNT** é notória a sensibilidade que existe por parte do EEESCJ em prover cuidados terapêuticos através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e/ou físico experimentado pela criança e família (Hockenberry e Barrera, 2014). O momento da vacinação é o exemplo mais patente do potencial foco de melhoria, havendo uma diferenciação da atuação do EEESCJ na preparação da criança para este momento, cujos

objetivos são diminuir a ansiedade e medo, promover a colaboração e criar ou consolidar os mecanismos de *coping*. Esta preparação é desenvolvida de forma específica para cada estágio de desenvolvimento e particularidades da criança em causa e tem em conta os significados que ela atribui à situação e as suas experiências prévias. Algumas estratégias desenvolvidas conjuntamente entre mim e o EE passaram por promover o colo/contenção e a administração de sacarose nos recém-nascidos, utilizar técnicas distrativas como o brincar nos *toddlers* (boneco que também vai ser vacinado), fomentar o pensamento mágico nos pré-escolares (a vacina como um líquido mágico), promover a sensação de controlo nos escolares (escolher o braço e colocar o penso) e reforçar a tomada de decisão responsável nos adolescentes (nomeadamente em relação à vacina contra o Vírus do Papiloma Humano). A restante equipa de enfermagem, nomeadamente aquela que é responsável pela vacinação, não manifestou ainda esta mesma sensibilidade para os CNT. Como tal, esta foi uma das necessidades de melhoria identificada, na qual a divulgação de dados provenientes da evidência poderia contribuir para o desenvolvimento dos enfermeiros e consequentemente para uma melhor prática de cuidados.

Também no IP importa valorizar uma intervenção que vai ao encontro dos CNT, nomeadamente no controlo da dor, o uso de um método específico de sedação consciente<sup>5</sup>. Este controlo assume-se como um dever e um indicador de boa prática de enfermagem, sendo competência do EEESCJ a sua gestão diferenciada, bem como o recurso às medidas farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio (OE, 2013). A evidência clínica com a população pediátrica revela que este método tem uma grande eficácia na diminuição da dor e da ansiedade e que a resposta à sua utilização tem sido altamente satisfatória por parte das crianças, pais e profissionais de saúde (Linde, 2013). No IP, a utilização deste recurso terapêutico aquando dos procedimentos dolorosos foi bastante frequente e nas experiências que tive a sua eficácia foi notória, com uma redução efetiva da ansiedade e do medo, principalmente nos *toddler* e crianças em idade pré-escolar. O uso de máscaras com *design* infantil e fragrâncias apetecíveis complementam este método e facilitam o início do procedimento, no qual a criança ou os pais

---

<sup>5</sup> A administração de L.<sup>®</sup> é um método de sedação consciente que consiste na administração inalatória de uma mistura medicinal de 50% de Protóxido de Azoto com 50% de Oxigénio. Esta terapia inalatória não invasiva está indicada para o controlo da ansiedade em intervenções dolorosas de curta duração, já que reúne propriedades analgésicas (com redução da dor e mal-estar), ansiolíticas (ajuda o doente pediátrico a estar menos apreensivo antes e durante a intervenção) e amnésicas (favorece posteriormente uma melhor aceitação de intervenções similares). A ação da eficácia analgésica é rápida e o efeito é reversível após o terminar da inalação, o que lhe confere um reduzido grau de efeitos secundários (Linde, 2013).

adaptam a máscara à face. Apesar do número reduzido de situações vivenciadas, creio que a satisfação dos pais e profissionais é positiva, o que vai ao encontro do descrito na evidência.

Por último importa **analisar o papel do EEESCJ no seio da equipa multidisciplinar**, nomeadamente como elo de ligação entre a criança/o jovem e a família e os demais recursos humanos ou institucionais. Toda a reflexão realizada ao longo do estágio permitiu compreender a diferenciação do papel assumido pelo EEESCJ no contexto comunitário ou hospitalar e que, no entender pessoal, se traduziu por um nível avançado de segurança, competência e parceria, tal como é preconizado pela OE (2011b).

O EEESCJ deve reunir um conjunto de competências que lhe permita ter uma visão mais profunda sobre as crianças e jovens com necessidades específicas de saúde, de forma a basear as suas ações numa análise cuidada e individualizada. Além disso, deve destacar-se pela sua iniciativa e capacidade de estabelecer ligações aos recursos existentes, participando na execução das intervenções prioritárias definidas para a Saúde Infantil e Juvenil. Estas competências permitem ao especialista atuar perante novos contextos, alargando a sua intervenção à envolvência destas crianças e jovens e descobrindo, assim, novos canais de comunicação e oportunidades de atuação. Esta capacidade criativa e de flexibilidade para ir ao encontro das realidades atuais em que as crianças e jovens se movimentam decorre de um conhecimento teórico e prático baseado na melhor evidência científica.

O percurso que culmina na realização deste relatório, cujas abordagens teóricas assentam na realidade da prática de cuidados, foi fundamental na construção da minha identidade como futura enfermeira especialista, já que a reflexão é a base para a modificação de comportamentos e incorporação de novas competências. Identificar os aspetos positivos e aqueles que carecem de melhoria é o primeiro passo num percurso que nunca terá uma meta final, porque a procura pela melhoria da qualidade dos cuidados nunca se esgota e está repleta de objetivos a alcançar.

A complexidade intrínseca às experiências vividas nos diversos contextos, dado o seu forte impacto físico, emocional, social, familiar e económico, justifica a exigência de uma intervenção multidisciplinar. Os prematuros, as crianças de risco ou as gravemente doentes destacam-se como exemplos que carecem de respostas integradas, nos quais o EEESCJ deve assumir o papel preponderante de “cuidador e advogado da família” (Hockenberry e Barrera, 2014).

A diferenciação do EEESCJ com os demais enfermeiros que trabalham na área dos cuidados pediátricos é, por vezes, subtil mas tremendamente relevante. O especialista tem um olhar diferente e abrangente sobre as situações e comunica com as famílias com uma intencionalidade terapêutica diferenciada, estabelecendo uma autêntica relação de parceria. Um dos desafios que me foi proposto na UCSP, e que me fez sistematizar aquela que eu considero que deveria ser a figura do EE no âmbito dos cuidados em saúde infanto-juvenil, foi a realização do poster que se encontra no Apêndice 10.

## 2.2. O Percurso para a Maximização da Saúde e Promoção do Crescimento e Desenvolvimento da Criança e do Jovem

Aquando da realização do autodiagnóstico de necessidades, uma das competências que emergiu como fundamental a desenvolver prendia-se com a maximização da saúde da criança e do jovem, direccionada para o seu estágio de crescimento e desenvolvimento. Segundo Hockenberry e Barrera (2014), o enfermeiro envolvido no cuidado às crianças deve compreender a importância da prevenção da doença e promoção da saúde, incluindo no seu plano de cuidados uma avaliação minuciosa do crescimento e desenvolvimento. O facto da minha atividade profissional até então se ter desenvolvido exclusivamente em ambiente de cuidados intensivos, onde frequentemente esta esfera é colocada em segundo plano em detrimento da procura pela cura, tornou a minha visão de maximização da saúde pouco vincada e de crescimento e desenvolvimento mais enviesada. Considera-se que a prestação de cuidados neste contexto, apesar de visar primeiramente o estabelecimento das funções vitais, não deveria descurar a **promoção da saúde**, em momento e situação oportunos. Concomitantemente, a **promoção do crescimento e desenvolvimento** deveria estar mais enraizada na nossa prática, não nos momentos de maior instabilidade (diminuição do estado de consciência, compromisso na comunicação, retrocesso no crescimento devido a doença grave, etc.), mas nos momentos de recuperação e reabilitação, nos quais o enfermeiro pode e deve (re)pensar as suas atividades de acordo com o estágio em que a criança/o jovem se encontra. Consciente deste *handicap* na prática pessoal, procuraram-se contextos que permitissem o contacto com crianças e jovens numa faixa etária alargada e em situações de saúde ou doença distintas, de forma a aprofundar conhecimentos no âmbito do crescimento e desenvolvimento, bem como desenvolver competências comunicacionais aquando da prestação de cuidados. Para este percurso, e tendo

por base a linha cronológica de crescimento e desenvolvimento, foram imprescindíveis os estágios realizados na UCIN, IP e UCSP.

A UCIN revelou-se um contexto com uma carga emocional vincada uma vez que o processo de transição para a parentalidade, já de si carregado de dúvidas, incertezas e preocupações, assume contornos mais problemáticos e desafiantes. Barros (2006) caracteriza o internamento de um RN numa UCIN como uma situação de crise para os pais e que se torna devastadora para o desenvolvimento do seu papel parental. Aliado a este stress parental, a própria separação física que é colocada aquando do internamento do RN, seja pela barreira complexa e impenetrável de janelas de vidro, equipamentos especiais ou cuidadores especializados (Askin & Wilson, 2014), interfere no processo de vinculação e, conseqüentemente, nos cuidados para o desenvolvimento. Para melhor direccionar o meu olhar sobre os cuidados promotores do desenvolvimento e da parentalidade na UCIN, foi criado um guião de observação (Apêndice 11) com aspetos que se consideraram fundamentais para estes mesmos cuidados e dos quais se destacam o momento do acolhimento, as oportunidades de educação para a saúde que derivam das necessidades de aprendizagem demonstradas pelos pais, os cuidados individualizados para o desenvolvimento e promoção das competências do RN e, por último, os aspetos relacionados com a preparação para a alta.

O momento do **acolhimento** é transversal a qualquer serviço de saúde, mas no contexto da UCIN traduz-se no primeiro impacto com uma situação inesperada, na qual as expectativas com um período neonatal pautado apenas pela tríade pais-RN são alteradas. Neste momento, o enfermeiro deve dosar a quantidade e tipo de informação fornecida aos pais para que eles possam assimilar, ao seu ritmo, esta experiência. A comunicação deve também ser personalizada a cada família, utilizando uma linguagem clara e sensível e que seja simultaneamente realista mas também promotora de esperança. De salientar que nesta UCIN, à semelhança do que acontece na UCIP onde exerço a atividade profissional, é fornecido aos pais um guia de acolhimento em suporte de papel. Acredito que este guia reúne informações importantes que os pais poderão consultar numa fase em que se sintam preparados para tal. Por último, gostaria de destacar uma das aprendizagens mais significativas neste âmbito e que se revelou um detalhe da maior importância: a preocupação do enfermeiro relativamente ao tempo de espera que ocorre entre a chegada do RN e a altura em que os pais podem entrar na unidade. Quando se está focado

em estabilizar um RN, os minutos parecem segundos mas quando se está à espera de notícias de um filho esses minutos parecem horas. Após este estágio, houve uma maior preocupação em falar com os pais enquanto estes esperam, dizendo que estamos a cuidar do seu filho e que assim que pudermos iremos falar de uma forma mais aprofundada e acompanhá-los para junto dele. É um esforço acrescido no meio de uma situação potencialmente stressante, mas que deixa de o ser quando os pais reconhecem e nos transmitem o quão importante para eles foi aquela atenção.

Relativamente às **necessidades de aprendizagem parentais**, da observação realizada destaca-se que o EEESCJ não se limita a fornecer informação estandardizada sobre os cuidados ao RN, mas reconhece na sua prática a importância dos cuidados centrados naquela família específica. O crescimento pessoal nesta matéria não se deveu apenas a aspetos teóricos sobre a importância da massagem, do posicionamento terapêutico ou da gestão de estímulos ambientais no crescimento e desenvolvimento do RN, mas sobretudo às estratégias que o especialista deve encontrar para favorecer uma atitude parental promotora deste mesmo crescimento e desenvolvimento. Algumas destas estratégias passam por explicar aos pais como é o seu bebé e elogia-lo de uma forma ajustada à realidade; esclarecê-los quanto à necessidade de toda a envolvente tecnológica para que a possam encarar como algo importante para a sua sobrevivência mas também para o seu bem-estar; reforçar as competências que o RN vai adquirindo ao longo do internamento e a importância da presença, voz e toque parental para esta evolução; ou proporcionar uma escuta ativa para que os pais consigam partilhar os seus medos e dificuldades e o enfermeiro possa dar o reforço positivo quando estes os conseguem ultrapassar.

O último aspeto a refletir prende-se com o final do internamento na UCIN, seja por motivo de alta, transferência ou de óbito. A experiência pessoal em cuidados pensados numa **preparação para a alta** era bastante escassa, uma vez que na UCIP a criança ou o jovem raramente vai diretamente para casa e estes cuidados são realizados tendencialmente nos serviços de internamento. Esta preparação é também uma preocupação dos enfermeiros da UCIN, seja através de um suporte em papel com informações de carácter prático para o regresso a casa (alimentação, sono, higiene, sintomatologia frequente, vigilância de saúde/sinais de alerta, segurança, etc.); através de toda a educação para a saúde que é realizada ao longo do internamento e que contempla orientações em situações reais, adaptada e desenvolvida ao ritmo de cada família; e através dos contactos telefónicos que o enfermeiro de referência realiza aos

pais após a alta e que deixa em aberto uma ligação que tende a perdurar até que os pais se sintam confiantes e completamente autónomos nos cuidados ao filho. Este aspeto do cuidar também exigiu o desenvolvimento de algumas competências, seja numa perspetiva mais científica, através de pesquisa bibliográfica sobre as competências do RN, crescimento e desenvolvimento no período neonatal ou cuidados específicos em contexto de neonatologia, ou numa perspetiva relacional e emocional, em que as múltiplas interações com a família permitiram treinar habilidades no domínio da comunicação verbal e não verbal. Por outro lado, nem sempre o final do internamento culmina no regresso a casa do RN. Durante o estágio não surgiu nenhum momento de morte mas em reflexão com o enfermeiro orientador foi possível discutir as vantagens e implicações do telefonema pós-morte que é realizado aos pais também nestas situações. Após o tempo considerado adequado (que emergiu da procura pela evidência científica e se situa uma a duas semanas após a morte), a perceção dos enfermeiros é que, na maioria dos casos, apesar do telefonema trazer à memória a dolorosa experiência da perda do filho, os pais ficam agradecidos pela preocupação e aproveitam o momento para exteriorizar com a equipa os seus sentimentos, emoções e lembranças. Tal fez-me refletir sobre a possibilidade de trazer para a minha realidade profissional esta intervenção, complementando o já realizado envio do cartão de condolências, mas admito que neste ponto terei ainda que investir no desenvolvimento pessoal. Na área do apoio emocional, apesar de reconhecer que as emoções são intrínsecas à nossa existência e que as relações que estabelecemos são fruto de uma interação emocional, nem sempre é fácil controlá-las e utilizá-las a nosso favor e dos que cuidamos. Nem sempre é fácil viver neste clima de elevada complexidade emocional, no qual temos que lidar com a nossa própria vulnerabilidade e com a daqueles que cuidamos, o que nos exige uma adequada gestão das emoções, de modo a manter a capacidade de ajuda e de presença face ao outro.

Analisando agora a realidade do **IP**, importa referir que neste contexto foi possível ter contacto com o cliente pediátrico numa faixa etária bastante alargada, desde bebés com dias de vida até jovens adolescentes, e com situações de internamento bastante variadas, do foro médico, com necessidade cirúrgica ou ainda casos de carácter social. Neste serviço as crianças e os jovens, não estando internadas por motivo de maior gravidade física, estão mais próximas daquilo que são na realidade. Quer com isto dizer-se que é mais fácil percecionar os **estádios de crescimento e desenvolvimento**, avaliar os parâmetros adequados e implementar atividades

promotoras para tal. Como referido no anterior subcapítulo, é possível prestar CNT, seja no momento de admissão em que a criança olha perplexa para as paredes pintadas com desenhos, ou no momento em que existe uma preparação física e psicológica para determinado procedimento. E só é possível treinar habilidades neste âmbito quando contactamos com crianças e jovens, de várias idades e que precisem efetivamente destes cuidados. O conhecimento teórico é fundamental para uma atuação especializada mas é nos momentos do quotidiano da prática que surgem as oportunidades para o aplicarmos e nos aperfeiçoarmos. É criando relações únicas e comunicando em linguagens adequadas que sabemos o que resulta e o que não resulta na brincadeira com o pré-escolar, no toque com o lactente ou no discurso verbal com o adolescente.

No que concerne à **promoção da saúde** também houve oportunidade de experienciar situações de aprendizagem significativas. Dando um exemplo concreto e fazendo um paralelismo com a prática pessoal, foi diferente abordar os pais de uma criança que caiu de bicicleta e não tinha capacete, numa situação em que o traumatismo craniano foi ligeiro e o internamento teve o intuito apenas de vigilância neurológica, do que os de uma criança em que o traumatismo é grave e existe risco de vida ou de lesão neurológica grave. Na primeira foi possível validar com os pais o motivo pelo qual a criança não tinha a proteção adequada e partir daí para definir estratégias para que tal não se repita, inculcando as motivações que fizerem sentido àquela tríade em particular. Na outra situação seria necessário esperar pelo *timing* adequado para abordar as questões relativas à prevenção, já que as expectativas familiares estão focadas na sobrevivência.

Por fim importa enquadrar este percurso num dos contextos mais ricos para a maximização da saúde e promoção do crescimento e desenvolvimento. Na **UCSP** a maioria das crianças e jovens está saudável. Este facto permite aliar uma promoção para a saúde alicerçada na prevenção e orientação antecipatória e uma promoção do crescimento e desenvolvimento mais constante ao longo do ciclo de vida e fundamentada nas idades-chave.

A CSIJ permitiu-me dar resposta a um objetivo específico definido para este contexto: **aprofundar conhecimentos no âmbito da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil**. Para o atingir, além da pesquisa bibliográfica realizada, foram fundamentais os guiões construídos para cada uma das consultas, que visavam orientar a observação pessoal (Apêndice 12). Estes guiões foram criados com base no PNSIJ (DGS, 2013) e contemplam a

avaliação de parâmetros antropométricos; itens relacionados com o exame físico; parâmetros direcionados para o desenvolvimento, suas atividades promotoras e sinais de alerta; alguns aspectos específicos e outros transversais a cada estágio; e os cuidados antecipatórios preconizados. Os guíões permitiram uma observação direcionada durante a consulta e nortearam a minha prestação de cuidados, seja na avaliação e interpretação tutorada dos parâmetros de crescimento e desenvolvimento, na orientação antecipatória às famílias ou no desenvolvimento dos planos individuais de saúde.

De salientar que as intervenções direcionadas para a **avaliação do desenvolvimento** foram desenvolvidas com recurso à Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, tal como é preconizado no PNSIJ (DGS, 2013). Nesta avaliação foi sempre ressaltado junto dos pais que, apesar dos “pontos de referência”, cada criança tem o seu próprio ritmo de crescimento e desenvolvimento motor, cognitivo e emocional (Brazelton, 2010). Outro aspecto importante prende-se com a autonomia e perícia que senti adquirir com o número crescente de consultas realizadas. Nas primeiras, e devido à insegurança própria de quem não está habituado a assumir este papel, sinto que fiquei muito presa aos guíões e orientei a consulta de forma mais fracionada para que nenhum dos itens fosse esquecido. Com o tempo e o evoluir das capacidades comunicacionais consegui realizar a consulta de forma mais fluida e o meu olhar crítico muitas vezes substituí as perguntas que tinha que fazer aos pais ou à criança. Este aspecto é de especial importância nos *toddler* que têm vergonha dos profissionais (Wilson, 2014) e acabam por não fazer aquilo que na realidade já são capazes. Em suma, procurou-se adequar a comunicação àquelas que são as orientações para a prática de enfermagem nesta matéria: proporcionar tempo para que a criança se sinta à vontade, evitar contactos que possam ser considerados como ameaçadores, falar inicialmente com os pais se a criança estiver envergonhada, comunicar através de objetos animados (se adequado) antes de questionar a criança diretamente, assumir uma posição ao mesmo nível do olhar da criança, dar oportunidade aos jovens de se exprimirem sem a presença dos pais, falar de forma simples, suave e perceptível, oferecer a possibilidade de escolha apenas quando ela existe, expor as sugestões de modo positivo e facilitar a expressão das preocupações e medos (Hockenberry, 2014).

Outra experiência proporcionada pelo estágio na UCSP foi a realização de visitas domiciliárias. Estas visitas surgiram tanto em situações de crianças/jovens e famílias sinalizadas,

como para acompanhamento dos RN e pais com os quais já se tinha tido contacto na primeira consulta. Em ambas as situações foi perceptível o quão importante é conhecer a envolvente destas famílias, pois só assim poderemos ajustar as estratégias que vêm descritas nos documentos de referência àquelas que são as suas reais condições de (sobre)vivência. Dando mais uma vez um exemplo real, sensibilizou-me uma mãe que, ao não ter capacidade de comprar uma cama própria onde o RN pudesse dormir, mas compreendendo a sua importância aquando da primeira CSIJ, criou uma espécie de alfofa na sua cama para separar e proteger o filho. Estas situações apenas são visíveis se ultrapassarmos as paredes da consulta e nos envolvermos na comunidade e nas realidades de cada família. Relativamente ainda a este assunto salienta-se que, caso os recursos humanos o permitissem e a par do que acontece noutras unidades, seria interessante que as visitas aos RN fossem realizadas mesmo antes da primeira consulta, o que evitaria a deslocação até à UCSP numa fase em que a mãe está habitualmente debilitada e com muitas dúvidas. No entanto, para que tal acontecesse de forma sistematizada teria que haver uma melhoria na ligação às maternidades de referência e na notificação das notícias de nascimento, que tardam em chegar e muitas vezes têm um preenchimento do impresso incompleto.

### **2.3. O Percurso para o Cuidado à Criança, ao Jovem e à Família em Situações de Especial Complexidade**

Segundo a OE (2010b) é do escopo de ação do EEESCJ a resposta na complexidade em diversas áreas, na qual se destacam as situações de emergência. Para cuidar da criança/do jovem e da família nestas situações de especial complexidade e particular exigência, o especialista deve mobilizar recursos oportunamente, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias, de forma a reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestar cuidados de enfermagem apropriados.

Independentemente de ser ou não um acontecimento antecipado, como já referido a admissão numa UCIP é sempre um momento carregado de stresse, medo e ansiedade, tanto para a criança ou jovem como para a família. Como tal, o EEESCJ deve compreender esta díade como um foco único de atuação e estar sensível às suas características e necessidades durante este momento de crise, de forma a trabalhar conjuntamente com ela e criar uma relação de parceria que vise os melhores resultados.

Importa neste momento retomar alguns dos **domínios identificados por Benner**, uma vez que estes traduzem as competências que devem caracterizar a prática de enfermagem em cuidados intensivos. A análise do conjunto de competências identificadas por esta teórica e organizadas em domínios é francamente estruturante, já que nos permite situar enquanto profissionais em desenvolvimento e perspetivar o caminho a percorrer até ao estágio de perito, no qual o enfermeiro apreende as situações de uma perspetiva global, sem excluir possibilidades alternativas e agindo de modo intuitivo (Benner, 2001).

O primeiro domínio prende-se com o *diagnosticar e gerir o suporte das funções vitais em doentes instáveis*. Nas UCIP as crianças ou jovens estão fisiologicamente dependentes e são as condições críticas que definem e orientam as intervenções de enfermagem. A prática do perito é caracterizada pelo pensamento-na-ação e pelo raciocínio-nas-transições, ou seja, este enfermeiro devem continuamente pensar e raciocinar nas situações clínicas em constante mudança (Benner et al., 2011). Este domínio vai ao encontro de algumas das atividades traçadas para este estágio, nomeadamente a **pesquisa bibliográfica para aprofundar conhecimentos sobre situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte** e a **participação na deteção e encaminhamento de situações que possam comprometer a vida ou qualidade de vida**.

O segundo domínio remete para a *gestão das crises com conhecimentos especializados*. Como já referido, as situações de crise são comuns na UCIP e caracterizam-se, não só por eventos múltiplos de risco de vida onde são necessárias intervenções rápidas, mas também por situações com uma carga emocional elevada. O EEESJ deve ter tacto para gerir as situações de crise e um conhecimento clínico fundado e organizado pela sua acuidade percetiva, capaz de gerar uma resposta rápida e apta, ou seja, *know-how* e sabedoria clínica (Benner et al., 2011). Um dos potenciais momentos de crise e que foi perspetivado como atividade reporta-se ao acolhimento e admissão da criança ou jovem gravemente doente e família. Além da já mencionada sensibilidade para com o tempo de espera que ocorre até os pais entrarem na unidade, também a abordagem com estes tem vindo a modificar-se, fruto das aprendizagens resultantes durante o percurso formativo deste mestrado. Neste primeiro contacto, além de me identificar como a enfermeira responsável por acolhê-los e informar sobre a regulamentação institucional e o espaço físico da unidade, preocupo-me principalmente em compreender se já houve algum contacto prévio com o ambiente em questão, em explorar a dificuldade do impacto

inicial, não só pela visualização do seu filho em estado crítico mas também pela ansiedade associada aos alarmes, e em reforçar que poderão colocar todas as dúvidas que surgirem e que estarei presente para os apoiar no que precisarem.

O terceiro domínio descrito é *providenciar medidas de conforto a doentes em situação crítica*. Conota-se como boa prática de enfermagem providenciar conforto e medidas de suporte psicossocial para os doentes que estão a sofrer no meio de intervenções tecnológicas, de forma a promover a melhor sensação de bem-estar possível. Neste âmbito, o desafio é criar culturas organizacionais que possam aliar a componente científica e humana, de forma a confrontar a realidade de risco, sofrimento, perda e morte com medidas de conforto (Benner et al., 2011). Neste âmbito é imperioso analisar as questões relacionadas com o controlo da dor, nomeadamente numa perspetiva dos CNT. Num contexto em que frequentemente a criança ou jovem não consegue, por motivos vários, comunicar o seu desconforto físico ou psicológico, são os principais cuidadores que melhor nos conseguem transmitir a sua perceção de dor, bem como experiências dolorosas prévias e intervenções que tenham surtido efeito. A avaliação da dor deve ter em conta estas informações, o estágio de desenvolvimento e a situação clínica, já que as crianças ou jovens na UCIP podem estar demasiado doentes para mostrar os típicos comportamentos associados à dor porque a energia está diretamente canalizada para manter a estabilidade fisiológica. Por outro lado, existe uma sinergia entre a dor e a ansiedade resultante do contexto físico e presença de materiais estranhos como sondas, tubos ou drenos (Mullen & Pate, 2006). Torna-se assim um desafio gerir adequadamente a dor num doente que não consegue comunicar, seja pela sua idade, atraso no desenvolvimento ou porque está sob sedação, pelo que o EEESCJ deve procurar as melhores estratégias para o conseguir. Estas estratégias passam por medidas farmacológicas mas também não farmacológicas como a presença parental, a estimulação cutânea (massagem, abraço, colo), a delimitação do tempo que o procedimento e dor vão durar ou as técnicas distrativas (cantar, contar histórias) e de relaxamento (respiração profunda e controlada, sucção não nutritiva).

O quarto domínio, *cuidar das famílias dos doentes*, vai ao encontro dos CCF já que implica alguns dos pilares deste filosofia - assegurar a presença familiar junto da criança ou jovem, proporcionar suporte e informação à família e encorajar o envolvimento familiar nas atividades (Benner et al., 2011). Cuidar das famílias que experienciam uma situação de doença

grave e internamento numa UCIP é um desafio para o EEESCJ, uma vez que este deve ir ao encontro destes pilares numa situação potencialmente difícil e incapacitante. Existem diversas fontes de stress parental relativas a este contexto em particular, como o medo que o filho morra ou fique com sequelas graves, as alterações na sua aparência física ou no comportamento, a visualização e os sons associados aos equipamentos e alarmes, a dificuldade ou incapacidade em distinguir quais os alarmes que significam risco de vida e aqueles que resultam de alterações não preocupantes, os procedimentos invasivos e causadores de dor, a presença de outras crianças/jovens gravemente doentes eventualmente com pais também apreensivos e a alteração ou perda do papel parental (Mullen & Pate, 2006).

Curley e Meyer (2001) enumeram como necessidades destes pais a receção da maior informação possível, o assegurar que o seu filho está a ter os melhores cuidados, o sentimento de esperança, a vigilância, a proximidade com o filho e a participação nos cuidados físicos, o reconhecimento da sua importância para a recuperação do filho, a comunicação com outros pais, a fé religiosa e os recursos institucionais. Tendo em conta estas fontes de stress parental e respetivas necessidades procurou-se neste percurso dar uma resposta individualizada e cada família, apoiando-a nas suas diferentes reações (choque, negação, revolta, hostilidade), repetindo a informação essencial tantas vezes quantas as necessárias, tirando o foco dos equipamentos e alarmes e centrando-o na evolução clínica da criança ou jovem, fornecendo evidência sobre os comportamentos infanto-juvenis associados à hospitalização e possíveis estratégias de *coping*, explicando que a culpabilização não irá ajudar o filho nesta fase e que eles são a sua principal fonte de bem-estar. Para além disso procurou-se promover o descanso físico parental (apelando ao apoio da família mais próxima), respeitar a cultura e religião, despistar eventuais necessidades económicas ou sociais, fomentar a participação e colaboração desejadas e encarar os pais como parceiros de cuidados (negociando quais os cuidados que poderão ser prestados por eles e aqueles que serão da nossa responsabilidade) e proporcionar tempo para ouvir as suas questões, dúvidas, medos e sugestões, construindo, assim, uma relação de confiança que permita aos pais estarem descansados quando se ausentam da unidade.

Ainda relativamente a este domínio importa ressaltar dois aspetos que se entende serem alvo de melhoria na UCIP, nomeadamente a pouca abertura dos profissionais para a criação de grupos multidisciplinares de suporte parental e a ainda enraizada restrição do acesso de outras

peessoas significativas, como os avós ou os irmãos que também sofrem com a separação. Este aspeto requer uma reflexão sobre até que ponto podemos justificar a norma institucional que prevê o acompanhamento exclusivo por duas pessoas significativas com base na premissa do controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Após alguma pesquisa bibliográfica, verificou-se que existe um acréscimo significativo da colonização ambiental após as visitas (Tang, Chung, Lin & Wan, 2009), o que vai ao encontro e justifica o regulamento instituído. Contudo, também surgem estudos que salientam a importância da visita das pessoas significativas, não só para o bem estar dos doentes, mas também para a sua ligação com os profissionais de saúde (Olsen, Dysvik & Hansen, 2009). Ao discutir esta questão com os profissionais da UCIP, percebeu-se que esta norma estava já regulamentada há vários anos e que talvez ninguém tivesse refletido sobre a sua atualidade, sendo que alguns enfermeiros acreditam que esta restrição deve ser efetiva, a fim de se assegurar um maior controlo da infeção. Após todo este percurso no qual é refletida a importância da família como alvo de cuidados, e apesar de não se violar obviamente a Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro (Acompanhamento familiar em internamento hospitalar), acredito que deveríamos repensar as nossas práticas sobre a presença de outros significativos, não descurando as implicações no controlo da infeção, mas facilitando este acesso desde que tal fosse o desejado pela criança e jovem e contribuísse para o seu bem-estar e recuperação.

O quinto e último domínio prende-se com as competências relacionadas com os *cuidados e tomada de decisão em fim de vida*. O contexto de cuidados intensivos é descrito como sendo aquele em que existem mais ligações entre as razões clínicas e as razões éticas, o que espelha também a complexidade que lhe está associada. Fazer a passagem de uma esperança de recuperação para a inevitabilidade da morte é bastante difícil e a partilha de experiências surge como uma oportunidade para desenvolver conhecimentos e sabedoria (Benner et al., 2011). Durante o estágio na UCIP ocorreu um número significativo de mortes, o que levou à procura de alguma bibliografia e reflexão sobre os cuidados em fim de vida. Um dos aspetos mais ressaltados é invariavelmente o foco no alívio da dor e na promoção do conforto da diáde de cuidados. Para além disso, idealmente deverá haver uma colaboração na tomada de decisão entre os pais e os cuidadores, não esquecendo os desejos e vontades da criança ou jovem quando estes são capazes de participar na decisão. Outros aspetos passam por promover a privacidade,

considerar desligar a monitorização ou silenciar os alarmes e negociar com os pais o momento para se suspender cuidados de manutenção da vida, de forma a que a família tenha oportunidade para se despedir (Mullen & Pate, 2006).

Apesar de durante a atividade profissional ter vivenciado diversas situações de morte e a atuação pessoal se ter modificado ao longo dos anos, este percurso rumo a especialista concedeu-me alguns trunfos para tornar a minha intervenção mais significativa para com as famílias em luto. Este processo não é linear e cada família responde de uma forma subjetiva e individualizada que deve ser compreendida e respeitada. Consoante o processo de doença, no momento da morte a família pode estar ainda na fase de negação ou já numa fase de reorganização (Ethier, 2014). Não obstante, apesar do choque emocional e dos pais não se lembrarem de muitas das coisas que lhe foram ditas ao longo do internamento, habitualmente lembram-se das pessoas que estiveram com eles no momento da morte e das palavras e gestos transmitidos (Mullen & Pate, 2006). Neste sentido, procuraram-se aqueles que são os cuidados centrados na família em situação de fim de vida descritos na evidência (Ethier, 2014; Mullen & Pate, 2006), de forma a incorporá-los na atuação profissional – ter uma presença calma e uma postura recetiva que transmita aos pais disponibilidade para os ouvir; considerar o toque como forma de expressar carinho e preocupação; proporcionar a presença de outros familiares; perguntar aos pais se querem ficar sozinhos com o seu filho mas permanecermos por perto; oferecer aos pais a possibilidade de abraçarem ou darem colo e participarem na preparação do corpo; assistir os pais na transmissão da informação a outros familiares, nomeadamente aos irmãos; dar espaço e tempo aos pais para falar sobre o seu filho e não ter medo de chorar; utilizar uma linguagem sincera e evitar frases *clichê*; dar aos pais pertences que sejam importantes para o seu luto; disponibilizar suporte espiritual; desencorajar o uso de substâncias como método de escape; encorajar a procura de grupos de ajuda mútua ou suporte psicológico; e ter um programa de *follow-up* que poderá consistir no envio posterior de um cartão de condolências. Em suma, a abordagem centrada na família para cuidar da criança ou do jovem em final de vida deve respeitar o seu papel central e enfatizar a comunicação, a colaboração e a sensibilidade cultural.

Para além dos domínios e desenvolvimento das competências supracitadas, o estágio na UCIP compreendia outros dois objetivos que se interligam entre si - **aprofundar conhecimentos no âmbito da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil em situações de**

**doença grave e desenvolver competências comunicacionais com a criança/o jovem gravemente doente e a família.** Tendo esta temática sido já analisada no subcapítulo anterior, ressaltam-se agora os aspetos mais específicos da criança e do jovem gravemente doente.

Neste contexto procurou-se não só trabalhar de forma individualizada ao estágio em que a criança/o jovem se encontra, mas também ir ao encontro dos princípios gerais à sua abordagem descritos por Mullen e Pate (2006) – apresentar-me à criança/ao jovem e família, ser honesto relativamente aos cuidados para criar uma relação de confiança, manter contacto visual, estar ao nível e chamar a criança/o jovem pelo nome, usar uma voz calma e suave, permitir à criança/ao jovem ter contacto com os instrumentos que vão ser utilizados, possibilitar as escolhas que são viáveis e evitar aquelas que não são negociáveis e envolver os pais nos cuidados sempre que seja possível e do seu desejo, encorajando-os a trazer os objetos significativos. Relativamente ao RN e lactente é importante avaliar o seu estado geral (aparência e pele), nível de consciência e quadro respiratório e hemodinâmico antes de lhe tocar, uma vez que todos estes parâmetros se alteram após a sua manipulação e podem ter repercussão clínica. Sempre que possível, os cuidados devem ser realizados com o bebé a ser abraçado pelos pais e com recurso a técnicas distrativas ou de controlo da dor. Quanto ao *toddler* tentou-se que os procedimentos fossem realizados de forma a prover algum controlo (posição de sentado ao invés de deitado) e nomeando as partes do corpo e os instrumentos envolvidos. Nas crianças em idade pré-escolar utilizou-se uma linguagem simples e pouco invasiva e a demonstração de alguns procedimentos (entubação gástrica, punção venosa) em brinquedos significativos ou nos pais. Quando em idade escolar procurou-se explicar com mais detalhe os procedimentos e a sua necessidade, dando tempo à criança para expor as suas dúvidas e medos e reforçando a importância e coragem da sua colaboração. Por último, trabalhar com os adolescentes tornou-se a situação mais difícil, não só pela fraca capacidade de garantir a sua privacidade num serviço em *open space* (as unidades ficam isoladas apenas por cortinas), mas também pela sua inclusão nas tomadas de decisão muitas vezes não negociáveis por não se poderem levantar.

Para além dos aspetos diretamente relacionados com os estádios de crescimento e desenvolvimento, existem **fatores intrínsecos à UCIP** que interferem diretamente neles e merecem atenção. A sobrecarga sensorial, caracterizada pelos elevados níveis de ruído, luz constante (sem diferenciação do dia e da noite) e estimulação tátil e olfativa desconhecida (odor

dos produtos medicinais) ou, inversamente, a privação sensorial decorrente da restrição na atividade e dos fármacos utilizados para sedação, estão descritos como fatores que podem conduzir a uma regressão e interferir negativamente no normal desenvolvimento da criança (Mullen & Pate, 2006). Concomitantemente, a privação do sono, condição bastante comum na UCIP devido às múltiplas interações dos cuidadores e estímulos ambientais, aliada à dependência tecnológica e às restrições nutricionais decorrentes da própria gravidade clínica, contribuem para um retrocesso no crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem. Dada a importância deste último fator foram delineadas atividades específicas para mobilizar a temática da condição nutricional no crescimento e evolução clínica da criança e do jovem, nomeadamente a sensibilização da equipa multidisciplinar através da discussão das principais recomendações nesta área.

O crescimento é um processo complexo e que está afetado no processo de doença, uma vez que qualquer aumento de exigências nutricionais compete com as necessidades específicas desse processo. O **suporte nutricional** é uma terapia central no cuidado às crianças gravemente doentes já que nestas situações existe uma resposta metabólica ao stress fisiológico, à qual se associa uma resposta inflamatória generalizada e uma resposta hormonal que inibe a utilização de nutrientes que seriam utilizados para o crescimento e para a atividade (Agostoni et al., 2005; Mehta & Compher, 2009). Da literatura consultada emergiram diversas estratégias de avaliação nutricional que devem ser operacionalizadas sinergicamente na prática para se atingirem os objetivos preconizados, mas é unânime na evidência o uso das medidas antropométricas. A antropometria é um método de avaliação nutricional amplamente utilizado, de fácil aplicação e recomendado pela OMS, sendo uma mais-valia na UCIP, já que permite estabelecer de forma mais rápida o diagnóstico nutricional e assim conseguir melhores resultados a este nível.

Também o desenvolvimento das **competências comunicacionais** tem um papel preponderante neste percurso, tendo em conta que as palavras, tom de voz, linguagem corporal, expressões faciais, ações e emoções convergem de forma a proporcionar uma melhor adaptação da criança ou jovem e família à situação de hospitalização na UCIP. Além de uma comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento e culturalmente sensível, já refletida ao longo deste relatório, importa olhar com mais detalhe para uma situação específica deste contexto: a comunicação com crianças e jovens entubados traquealmente para suporte ventilatório. A

literatura descreve que as crianças que se lembram de estar entubadas referem que a experiência de não conseguirem comunicar é ansiogénica (Playford citado por Mullen & Pate, 2006). Como tal, algumas das estratégias descritas por estes autores e que nortearam a atuação nestas situações foram, para além das já descritas: situar a criança ou jovem relativamente ao local onde está e motivo de internamento, explicar que não precisa de ficar assustada(o) por não conseguir chorar ou falar e que quando podermos retirar o tubo vai conseguir fazê-lo normalmente, permitir que a criança ou jovem expresse as suas necessidades com recurso a materiais apropriados (imagens, painel para escrita), utilizar preferencialmente questões cuja resposta seja sim/não e combinar um sinal que indique que a criança ou jovem precisa de nós (retirar um elétrodo ou o sensor de oximetria que se irá rapidamente traduzir num alarme).

#### 2.4. O Percurso para a Qualidade e Aprendizagens Profissionais

Relativamente às **competências comuns do enfermeiro especialista** pretendeu-se desenvolver as relativas ao Domínio da Melhoria da Qualidade, através da conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade e da criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro; e ao Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, através da fundamentação da *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, ou seja, com processos de tomada de decisão baseados em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes (OE, 2010a).

Desenvolver estas competências foi compreendido como um objetivo geral transversal a todos os contextos de estágio e que abarcou três objetivos específicos: **analisar os programas de melhoria contínua da qualidade das práticas de enfermagem**, cujas atividades foram a consulta da evidência científica e normas disponíveis relativas à saúde da criança e do jovem e a identificação de oportunidades de melhoria contínua; **promover processos de aprendizagem e tomada de decisão sustentados na melhor evidência**, cujas atividades foram a identificação de lacunas do conhecimento e oportunidades de aprendizagem relativas à saúde da criança e do jovem e a divulgação de dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem; e **reconhecer estratégias promotoras de um ambiente seguro**, cujas atividades foram a sensibilização para a temática da segurança e gestão de

incidentes e a colaboração na definição de recursos necessários para a prestação de cuidados seguros.

No estágio da **UCSP** uma das oportunidades de melhoria claramente identificada e que requer uma tomada de decisão sustentada na melhor evidência remete para a menor sensibilidade dos enfermeiros da Vacinação quanto às questões dos CNT. Tal como referido, à exceção do EESCJ, a restante equipa tende a não intervir de forma a minimizar o desconforto físico ou psicológico da criança ou jovem, o que é notório tanto no momento da vacinação como na realização do Teste de Guthrie. Para além deste aspeto existe também pouca flexibilidade na harmonização da CSIJ com a Vacinação, o que não vai ao encontro do que é preconizado no PNSIJ (DGS, 2013), nomeadamente para reduzir o número de deslocações familiares. Neste seguimento, o *poster* elaborado (Apêndice 10) procurou sensibilizar a equipa para os elementos essenciais dos cuidados de enfermagem à criança e ao jovem. Quanto às questões relacionadas com o ambiente seguro ficou visível que a temática da notificação de incidentes é ainda pouco dominada e que os recursos necessários para a prestação de cuidados seguros passam não só por mais conhecimentos nesta área como por materiais considerados essenciais (carro de urgência completo e possibilidade da sua reposição).

Também nos estágios da **UCIN** e **IP** foi possível analisar vários documentos que reúnem normas institucionais e procedimentos de enfermagem específicos de cada contexto, sendo notável a sua organização, atualidade e exigência científica, muitas das vezes resultantes de processos de acreditação institucional. De notar que, apesar da especificidade de cada serviço, existem projetos que lhe são transversais e que vão ao encontro das filosofias da enfermagem pediátrica como os relativos ao acolhimento, promoção do crescimento e desenvolvimento, promoção do envolvimento e capacitação parental, gestão da dor e preparação para a alta. Quanto às questões da segurança o fator comum foi a falta de recursos humanos que afeta não só a segurança do doentes mas também a dos profissionais, sendo já um dos itens contemplados no notifiQ@ - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes da DGS.

Ainda nesta matéria importa enquadrar dois domínios descritos por Benner e que contemplam competências que devem caracterizar o EE. Um dos domínios prende-se com a *comunicação e negociação de múltiplas perspetivas em equipa*. Para uma prática de excelência

é necessário comunicar a evidência de forma clara e bem documentada e reconhecer precocemente e comunicar as alterações dos doentes. Comunicar antecipadamente os julgamentos preliminares e os alertas traduz-se numa maior confiança, respeito e vontade de nos ouvirem, sendo que o respeito mútuo e a escuta recíproca são requisitos para uma melhor decisão (Benner et al., 2011). O outro domínio vai ao encontro do *conhecimento especializado* que é necessário para *liderar, treinar e orientar* a equipa. Uma prática de excelência requer uma forte liderança, já que o líder promove o desenvolvimento dos colegas e consequentemente assegura o desenvolvimento de boas práticas. A habilidade de liderar e influenciar o raciocínio dos colegas para o melhor interesse do doente depende do comportamento hábil, da sabedoria e conhecimento clínico especializado, do agir convictamente como um agente moral e da capacidade de ouvir e de valorizar os pontos fortes dos outros (Benner et al., 2011).

## 2.5. O Percurso para a Segurança da Criança, do Jovem e da Família

O último objetivo deste percurso centra-se no grande foco deste relatório: as práticas de segurança em pediatria, mais especificamente na área da notificação de incidentes. Como já referido, Benner et al. (2011) descrevem que além de *prevenir os perigos num ambiente tecnológico*, é necessário *monitorizar a qualidade e gerir a falha*, sendo que a notificação é uma das principais estratégias para o conseguir. Para melhor compreender de que forma os serviços gerem as práticas de segurança, traçou-se como objetivos transversais aos contextos de estágio **analisar a prestação de cuidados de qualidade e promover a sua implementação com vista à segurança da criança, do jovem e da família**. Para tal analisou-se a cultura organizacional e as práticas de atuação com enfoque na segurança, com base nos tópicos contidos nas grelhas que se encontram nos Apêndices 6 a 9, e que estão sustentados nas classes que constituem a estrutura conceptual da classificação internacional sobre segurança do doente (DQS – DGS, 2011).

O primeiro aspeto a salientar é que todos os profissionais dos contextos estavam cientes de que é possível fazer a **notificação de incidentes** e que este é o primeiro passo rumo a uma cultura de segurança e promoção de um ambiente seguro para as crianças, os jovens e as famílias. Em todos os serviços existe uma plataforma específica para a notificação, à exceção da UCSP que recorre ao notifiQ@, plataforma de gestão de incidentes da DGS disponível em todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde. No IP a gestão dos incidentes utiliza como recurso o

aplicativo informático NOTIFIQUE, que pode ser utilizado por qualquer utilizador mas é dinamizado predominantemente pelas chefias e GGR e que permite apenas a notificação do incidente e não a sua análise, pelo que o notificador não recebe *feedback* sobre as medidas adotadas. Na UCIN é utilizado um aplicativo informático específico de gestão de risco (HER<sup>+</sup>) que está disponível na intranet e que permite não só a notificação por todos os colaboradores, mas também a gestão e análise dos incidentes pelo GGR, que pode ser devidamente acompanhada pelo notificador. Na UCIP a notificação de incidentes ao GGR é ainda feita através de um formulário próprio em papel, tendo a unidade criado em 2008 um PNI que visa a notificação dos incidentes ocorridos na unidade para posterior discussão pela equipa multidisciplinar. Apesar de todos os contextos terem sido ricos para a análise e discussão das práticas de segurança, os estágios na UCIN, GGR e UCIP foram aqueles em que mais amplamente tal foi conseguido pelo que merecem uma análise mais profunda.

Na UCIN, além da especificidade na notificação informática dos incidentes, existem outras práticas que se centram na segurança dos RN, nomeadamente: a existência de elos de ligação (médico e de enfermagem) entre a unidade e o GGR que realizam auditorias internas, dinamizam a formação sobre segurança do doente e promovem a notificação e discussão dos incidentes; e a existência de um *dossier* de medicação que pretende uniformizar as práticas de preparação e administração terapêutica, já que contempla as especificidades dos principais fármacos utilizados e que é revisto de forma a manter a mais recente evidência científica. Foi também estruturado um armário de medicação de acordo com as principais indicações da evidência científica e instituições de referência. Por último, é utilizada uma ferramenta de hemovigilância específica que oferece altos níveis de segurança, rastreabilidade e eficiência no processo transfusional de sangue (“Gricode” ¶1).

O estágio no GGR foi extremamente rico em aprendizagens teóricas e práticas sobre segurança do doente, dando-me uma visão mais alargada sobre esta temática. O GGR tem como missão a promoção de um ambiente seguro e a melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados, através de uma gestão efetiva dos incidentes de segurança do doente, dos profissionais e do público em geral (GGR, 2014b). O enfermeiro responsável pelo GGR deste hospital admite que a gestão de risco é cada vez mais reconhecida por todos os profissionais como uma metodologia que dispõe de instrumentos que promovem a melhoria contínua da qualidade dos

cuidados e segurança em geral, com vista à disseminação de uma cultura organizacional de prevenção e segurança.

Durante este estágio foi possível analisar a dinâmica funcional mas também participar nas atividades desenvolvidas pelo GGR tais como: a visita em tempo útil aos serviços onde tinham sido notificados incidentes; a participação em sessões clínicas semanais nas quais é realizado um breve *brainstorming* sobre temas atuais relativos à segurança ou sobre incidentes recentes na instituição e as respetivas recomendações/alertas realizados; e a participação numa formação profissional no âmbito da segurança nos cuidados, gestão do erro e notificação de incidentes. Concomitantemente identificaram-se os principais indicadores e instrumentos utilizados na gestão de risco, mais propriamente o programa informático HER<sup>+</sup> e as análises de causa-raiz, metodologia promovida pela DGS (2012). Por último observou-se todo o processo da notificação e análise dos incidentes, identificaram-se os principais incidentes ocorridos bem como as estratégias de intervenção adotadas, compreendeu-se a interligação entre o GGR e os interlocutores de cada serviço e demais estruturas funcionais, analisou-se a formação profissional e projetos desenvolvidos neste âmbito, contactou-se com os processos de auditoria e monitorização das medidas de melhoria implementados e identificaram-se as estratégias de incentivo à notificação de incidentes.

Em termos estatísticos salienta-se que o número de notificações nesta instituição tem tido uma tendência crescente significativa (GGR, 2014b), o que parece resultar de uma maior consciencialização da sua importância mas também das estratégias adotadas para a sua promoção, tais como: vincar a cultura não punitiva, incentivar a notificação aquando das formações realizadas e demonstrar os resultados através, por exemplo, da divulgação periódica de alertas, permitindo que toda a instituição beneficie da aprendizagem feita a partir dos problemas e soluções identificados. Para esta tendência contribuiu também a implementação de um aplicativo informático específico de gestão de risco. O programa HER<sup>+</sup> é voluntário, confidencial e não anónimo e tem como objetivos promover um sistema de registo e comunicação sistemático de incidentes e monitorizar os relatados, definindo medidas de melhoria que previnam a sua recorrência (GGR, 2014a). Das principais vantagens reconhecidas neste aplicativo destacam-se a utilização da Classificação Internacional de Segurança do Doente (DQS-DGS, 2011) e da classificação do nível de risco (consequências *versus* probabilidade de recorrência) recomendada

pela NPSA (2008), a permissão para o acompanhamento do notificador sobre a resolução do incidente (o que incentiva a notificação), a possibilidade de criação de grupos de análise construídos com os profissionais mais relevantes para cada incidente específico e a capacidade de comparação dos incidentes ocorridos entre diferentes serviços com aquilo que é descrito na evidência nacional e internacional.

Importa agora analisar com mais detalhe o estágio na **UCIP**, já que é o contexto da minha atividade profissional e onde foram mobilizadas estratégias para promover a implementação de cuidados de qualidade com vista à segurança. Como referido no enquadramento conceptual, as UCIP são ambientes potencialmente perigosos, já que existe uma conjugação dos fatores ambientais com os fatores relacionados com o tipo de população. Decorrente deste facto, uma das atividades desenvolvidas passou pelo levantamento dos **constrangimentos em matéria de segurança no âmbito dos cuidados intensivos pediátricos** e que vão ao encontro do que é descrito na evidência (Thompson, 2008 e Fragata, 2011). Nesta unidade a maioria das crianças ou jovens internados, seja pela idade ou situação clínica, não tem capacidade para compreender o ambiente envolvente ou comunicar adequadamente, o que reduz a possibilidade de ser detetado um eventual erro. Concomitantemente, o facto da admissão ser realizada muitas vezes em situação de urgência, leva a que a identificação das crianças/dos jovens com a respetiva pulseira seja ainda uma prática muitas vezes esquecida. A gravidade da situação clínica e consequente dependência tecnológica também expõem a criança/o jovem aos perigos associados aos equipamentos e terapêuticas mais invasivas e a presença de doentes com uma faixa etária alargada (com diferentes características físicas e necessidades de materiais apropriados diversos) aumenta igualmente o risco de erro. Relativamente aos pais, estes encontram-se habitualmente numa situação de stresse e foco na estabilidade do filho, não estando tão despertos para as questões de segurança. Por fim, o trabalho por turnos, aliado à sobrecarga de trabalho relacionada com a escassez de recursos humanos, aumenta bastante a probabilidade de incidência de erros.

Para dar resposta a estes fatores e promover a segurança das crianças/dos jovens internados e minimizar os riscos associados ao ambiente foi criado em 2008, por um grupo de trabalho específico, um **PNI** que visava identificar os incidentes verificados na unidade, compreender os mecanismos que levam aos incidentes sucedidos e definir estratégias que erradiquem ou minimizem a sua ocorrência. Este programa contempla não só um formulário

próprio de notificação de incidentes (Anexo 1) mas também discussões mensais dos incidentes ocorridos no mês anterior, nas quais existe uma partilha multidisciplinar de experiências e perspectivas e são elaboradas as respetivas recomendações, registadas em acta e disseminadas por todos os profissionais através da via eletrónica. Este formulário é voluntário e confidencial e inclui uma descrição cronológica, a dotação dos profissionais (enfermeiros, médicos e estudantes) no momento do incidente, a categoria e determinantes do incidente, a matriz de risco e uma breve descrição do acontecido. Não obstante as mais-valias de todo este processo, existem ainda aspetos a melhorar pelo que se traçou como objetivo específico deste estágio **analisar o PNI em uso na UCIP**, cujas atividades passaram por clarificar as práticas de notificação, rever os relatórios anuais com os incidentes ocorridos e recomendações emanadas, identificar a opinião das profissionais sobre a necessidade de melhoria e consolidação do PNI, rever os documentos base do programa nomeadamente o formulário e respetiva norma de procedimentos, caracterizar o PNI e realizar uma análise síntese com as linhas de intervenção estratégicas a sugerir.

Após a análise dos relatórios anuais e respetiva estatística descritiva é possível perceber que houve uma tendência crescente da notificação desde o início do programa até 2010 e que a partir deste ano houve um decréscimo significativo de notificações por número total de doentes internados. Esta diminuição pode ser explicada pela desmotivação dos profissionais, fator que será seguidamente abordado. Relativamente às categorias mais notificadas salienta-se que são as mesmas desde o início do programa: via aérea e ventilação, técnicas e procedimentos e medicação, sendo esta última a categoria com maior percentagem em todos os anos. Ainda em relação à categoria da medicação, a percentagem de incidentes de prescrição é sempre superior aos de administração, mas estes têm sempre um nível de gravidade superior, já que a maioria atinge o doente, o que pode ser explicado por existirem mais barreiras de proteção relativamente a quem prescreve do que a quem administra.

Tendo em conta que existia uma opinião generalizada sobre a necessidade de melhoria e consolidação do PNI, foi entregue a cada profissional (médico e de enfermagem e após pedido de autorização à Direção de Enfermagem: Anexo 2) um pedido de colaboração (Apêndice 13) que pretendia recolher os aspetos que estes consideram ser positivos no PNI e aqueles que requerem melhoria, de forma a proceder a uma caracterização construída com base na perspectiva de todos os atores envolvidos. Neste pedido foi explicitado o seu âmbito e respetivo objetivo, garantidos

os aspetos éticos de confidencialidade e apresentada uma breve contextualização teórica, de forma a espelhar a importância da temática e assim incentivar a resposta dos profissionais.

Para realizar a caracterização do PNI utilizou-se como recurso a **análise SWOT**, uma técnica da área da gestão e que envolve a identificação das forças/pontos fortes (*Strengths*), das fraquezas/pontos fracos (*Weaknesses*), das oportunidades (*Opportunities*) e das ameaças (*Threats*) de uma determinada organização ou mercado (Teixeira, 2011). Neste contexto, considerou-se pertinente focar os aspetos positivos e negativos, tanto a nível dos fatores internos (SW), ou seja aqueles diretamente relacionados com o programa e nos quais temos controlo, como dos fatores externos (OT), que são alheios ao programa e nos quais não conseguimos exercer controlo (Team FME, 2013).

Neste sentido foram realizadas duas análises SWOT, uma exclusivamente com base nas opiniões expressas pelos profissionais da unidade (Apêndice 14) e outra, complementar à anterior e suportada na pesquisa bibliográfica efetuada (Apêndice 15). De referir que a análise interna foi estruturada em torno das características, objetivos e pressupostos de um SNI já referidos na página 21 do referencial teórico. Os dois quadros de análise SWOT pretendem, assim, comparar os principais elementos presentes no atual programa da unidade com aqueles que são preconizados pela evidência científica e pelas organizações de referência.

Ambas contribuíram para a realização da análise síntese que em seguida se apresenta e da qual decorrem as linhas de intervenção estratégicas a sugerir ao grupo de trabalho responsável pelo PNI. Esta análise estrutura-se novamente em torno das componentes da análise SWOT e no que diz respeito à análise interna retoma as suas características, objetivos e pressupostos.

Relativamente aos **pontos fortes** e quanto às *características* do programa destaca-se que este é em teoria *não punitivo, confidencial, credível e justo*, já que a notificação é anónima e existe uma discussão aberta dos incidentes; é *independente de outros processos reguladores* pois não existe uma responsabilização do notificador; é *concebido de forma a motivar para a notificação* uma vez que é voluntário, possui uma estrutura multiprofissional e contempla um formulário específico de notificação, abrangente em termos de categorias e de preenchimento fácil, rápido e intuitivo; e é *passível de ser analisado em tempo útil* já que existem responsáveis pela análise estatística dos incidentes e as reuniões mensais permitem uma mudança de

comportamento num curto espaço de tempo. Quanto aos **objetivos**, o programa permite a *identificação das falhas ativas e latentes* com a discussão minuciosa dos incidentes, a reflexão partilhada do sucedido e a classificação na matriz de risco, por forma a sinalizar potenciais problemas; a *prevenção de incidentes e atuação sobre as suas causas*, sendo que existe uma redução efetiva de determinados incidentes; a *melhoria da gestão de risco* e aumento de uma cultura de segurança; o *agir mais precocemente quando as falhas ocorrem*, contributo da regularidade das reuniões; a *partilha de conhecimentos e boas práticas*, já que esta forma pedagógica de notificação dos incidentes e a sua análise partilhada permitem disseminar conhecimentos teórico-práticos, melhorar a comunicação entre os grupos profissionais, fazer uma discussão construtiva dos incidentes e reflexão sobre as práticas e melhorar a segurança nos cuidados prestados; a *orientação da formação* uma vez que existe alguma formação baseada nos incidentes ocorridos; e a *orientação da elaboração de normas/orientações* o que acontece com a criação de recomendações e estratégias e a sua partilha por toda a equipa. Por fim, relativamente aos **pressupostos** este programa contempla *incidentes inerentes ao local e interligados à segurança do doente; distingue os outcomes e se atingiu o doente* com a diferenciação entre os erros e os quase-erros e a classificação na matriz de risco; e *descreve de forma precisa o acontecido de forma a melhor compreender as causas e as consequências*.

No que concerne aos **pontos fracos**, apesar do programa ser, em teoria, *não punitivo e justo*, existe uma sensação transversal de que este carácter deve ser acentuado, já que muitos dos profissionais acreditam haver uma procura pelo culpado, com foco na pessoa/classe profissional e não no incidente; concomitantemente o formulário acaba por não ser totalmente *confidencial e credível* já que a equipa pequena permite o fácil reconhecimento dos profissionais envolvidos no incidente e o seu preenchimento nem sempre é rigoroso; por fim o próprio programa apresenta algumas inconsistências relacionadas com o facto de não ter sido baseado nas recomendações das entidades de referência, o grupo responsável não ter objetivos definidos e temporalmente revistos e não existir uma análise sistematizada dos incidentes ocorridos e das recomendações emanadas. Outra fraqueza descrita é a gradual falta de *motivação para a notificação* relacionada com o anteriormente exposto, pelo que alguns profissionais referem que é necessário melhorar a adesão de toda a equipa e dar a conhecer os ganhos do programa de forma a haver um reforço positivo. Ainda a referir que a colheita e análise são feitas apenas *in loco* e não a um nível *local, regional e*

*nacional*, o que resulta da diminuta notificação para o GGR e de um formulário que não contempla a Classificação Internacional de Segurança do Doente. Por fim, apesar dos incidentes serem analisados em tempo útil, tal não é efetuado por peritos uma vez que nenhum dos elementos do grupo responsável tem formação específica em segurança do doente. Relativamente aos **objetivos** é de referir que para melhorar a gestão de risco seria necessária uma maior dinâmica do elemento de ligação ao GGR; que não se consegue *atuar totalmente sobre as causas dos incidentes*, uma vez que não se conseguem erradicar determinados incidentes; que nem sempre a opinião sobre as suas causas é unânime; que existe falta de instrumentos de análise de risco e que as inconsistências no formulário levam a que incidentes idênticos não sejam classificados de forma idêntica; que apesar de haver uma *partilha de conhecimentos e boas práticas* e uma *orientação da formação* não existe uma procura sistematizada pelas boas práticas associadas a determinado incidente e um plano de formação vocacionado para a segurança do doente e incidentes ocorridos; e, por fim, que nas situações mais recorrentes ou com maior nível de gravidade se deveriam realizar além das recomendações, normas e orientações mais aprofundadas para a prática de cuidados. Quanto aos **pressupostos** foi salientado que apesar de se *distinguirem os outcomes* a matriz de risco tem critérios pouco claros e sem legenda, o que leva a uma subjetividade na atribuição dos níveis de gravidade e probabilidade de recorrência; finalmente é preocupante a falta de consciencialização sobre as práticas baseadas na evidência o que é notório na estrutura do formulário e na elaboração de recomendações baseada na opinião própria de cada profissional e não em níveis de evidência.

Relativamente às **oportunidades** os profissionais descreveram a cooperação e trabalho em equipa intrínseco à unidade, a coesão na equipa multidisciplinar com o objetivo comum de prestar cuidados de excelência e a preocupação dos profissionais para a melhoria efetiva da qualidade dos cuidados. A acrescentar a estas oportunidades salienta-se o facto de ter sido recentemente nomeado um enfermeiro como elemento de ligação entre o serviço e o GGR, a crescente evolução sobre a temática da segurança do doente, as recomendações políticas vocacionadas para esta temática, uma comunicação social mais desperta para estas questões e o processo de acreditação do Departamento de Pediatria.

Por fim, foram descritas como **ameaças** a fraca cultura institucional de notificação e sensibilização dos profissionais para a temática da segurança do doente, a articulação pouco

efetiva com o GGR, o que não permite uma comparação dos dados da UCIP com outros serviços, a falta de *feedback* nas notificações feitas ao GGR, a inexistência de auditorias por parte deste gabinete, a adesão gradualmente menor às reuniões mensais, fruto da desmotivação e cansaço dos profissionais, as falhas de comunicação entre a equipa de enfermagem e a equipa médica e a sobrecarga de trabalho que pode diminuir a disponibilidade para a notificação. Acrescenta-se o facto da população pediátrica ser mais vulnerável à ocorrência de incidentes, o facto da ligação não efetiva com o GGR não permitir a agregação de dados a nível regional e nacional, de forma a haver uma comparação entre serviços com características semelhantes e assim orientar a formação a nível nacional, a inexistência de um programa informático de notificação e análise de incidentes transversal a toda a instituição e a indisponibilidade económica atual para a temática da segurança do doente e que se traduz em falta de recursos humanos e materiais.

Tendo em conta toda a análise realizada, sugerem-se **linhas de intervenção estratégicas**, quer a nível de ações a implementar, como de recursos a mobilizar. Nas primeiras destaca-se:

- Alterar de forma continuada e consistente o comportamento da equipa na procura pela pessoa/classe profissional envolvida no incidente, tentando analisar a situação da forma mais imparcial possível e com o objetivo major de minimizar a sua incidência;
- Formar o grupo de trabalho responsável na área da segurança do doente, mais especificamente no que diz respeito à notificação e análise de incidentes;
- Atribuir funções mais detalhadas aos elementos constituintes do grupo responsável na área da análise estatística, da análise dos incidentes ou na procura pelos níveis de evidência das recomendações emanadas;
- Criar grupos de trabalho que funcionassem em parceria com o grupo responsável pelo PNI e procurassem práticas baseadas na evidência para erradicar ou diminuir o número de incidentes mais frequentes (por exemplo, na área das úlceras por pressão);
- Promover uma maior ligação entre o grupo e o responsável pela formação em serviço de forma a incluir no plano de formação as áreas relativas aos incidentes ocorridos;
- Rever o formulário existente de forma a substituir as atuais categorias pela Classificação Internacional de Segurança do Doente e a atual matriz de risco pela preconizada pelo NPSA (incluindo a respetiva legenda), de forma a evitar enviesamentos;

- Rever a norma relativa à notificação de incidentes projetando objetivos mais operacionais e contemplando a taxonomia sobre segurança do doente;
- Definir estratégias para motivar os profissionais para a notificação, nomeadamente através da formação, da sensibilização para esta matéria e da demonstração de resultados positivos;
- Criar uma estrutura de monitorização do programa que contemple a atualização das recomendações efetuadas e avalie o impacto concreto das medidas adotadas na redução dos incidentes e o impacto do rácio profissionais/doentes na sua incidência;
- Implementar um programa de auditoria que avalie todas as componentes do programa e o cumprimento dos seus objetivos.

Quanto à mobilização de recursos destaca-se:

- Não havendo idealmente um aplicativo transversal a toda a instituição, poder-se-ia criar um programa informático que contemplasse as mesmas informações do atual formulário mas que garantisse o anonimato e confidencialidade do notificador e que só fosse possível completar caso estivesse preenchido de forma regular;
- Dinamizar a ligação entre o serviço e o GGR, através das chefias e do interlocutor, de forma a haver contributos para ambas as partes e uma agregação de resultados;
- Pedir o apoio de peritos de forma a tornar o programa mais consistente e credível;
- Implementar instrumentos de análise de risco que complementem a área da segurança e contribuam para a diminuição da ocorrência de determinados incidentes.

Em suma, e dando resposta ao problema inicialmente formulado, as práticas de notificação em uso na unidade inserem-se num PNI com mais-valias, mas existem ainda focos de melhoria que a serem concretizados o tornarão mais sólido, cientificamente mais relevante e, mais importante, potenciador da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e da segurança dos seus principais destinatários: crianças, jovens, famílias e profissionais de saúde. Tornar-se competente nas múltiplas vertentes da procura por uma prática de segurança em pediatria, assume-se como sendo o principal desafio do EEESCJ em contexto de cuidados intensivos.



### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso formativo refletido de forma sintetizada neste relatório é fruto, não só do referido estágio e atividades concretizadas, mas de todo um trajeto percorrido ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem nesta área de especialização. Todas as unidades curriculares e respectivos conteúdos teórico-práticos criticamente discutidos proporcionaram uma visão global sobre as idiossincrasias dos cuidados especializados à criança, ao jovem e à família, nos diversos contextos em que se inserem. Estas aprendizagens, sempre concretizadas numa óptica de articulação entre a evidência científica e a realidade da prática de cuidados, permitiram o progressivo e cada vez mais proficiente desenvolvimento de competências na conceção, prestação e avaliação de intervenções de enfermagem de nível avançado. A elaboração deste relatório foi deveras importante na construção da minha identidade como futura EEESCJ, já que a reflexão é a base para a modificação de comportamentos e incorporação de novas competências no cuidado centrado no cliente pediátrico.

O EEESCJ deve reunir um conjunto de competências que lhe permita ter uma visão mais aprofundada sobre a realidade contemporânea da Saúde Infantil e Juvenil, de forma a basear as suas ações numa análise cuidada das necessidades individuais do seu destinatário de cuidados. Além disso, deve destacar-se pela sua iniciativa e capacidade de estabelecer ligações aos recursos existentes, participando na execução das intervenções prioritárias definidas para a enfermagem pediátrica em geral e para a segurança infanto-juvenil em particular. E para que o EEESCJ tenha esta capacidade criativa e de flexibilidade para ir ao encontro das realidades em que crianças, jovens e famílias se movimentam e atuar perante os múltiplos contextos, é imperativo que envolva todos os atores e descubra novos canais de comunicação e oportunidades de melhoria contínua.

Segundo Benner (2001), a experiência é um elemento essencial para o desenvolvimento de competências, uma vez que permite focalizar o que é relevante numa determinada situação e extrair o seu significado. Como tal, o enfermeiro torna-se competente quando toma consciência das suas ações e analisa as situações vivenciadas de forma a conseguir priorizar as intervenções de forma adequada. A análise do conjunto de competências da prática de enfermagem

identificadas por esta autora e organizada nos domínios já referidos foi francamente estruturante, na medida em que permitiu situar-me enquanto profissional em desenvolvimento, reinterpretando as experiências vivenciadas e perspetivando o caminho a percorrer rumo à excelência, aliando de forma simbiótica a prática com o conhecimento e a investigação.

Complementando a perspetiva de Benner (1982) sobre o conceito de competência, isto é, a capacidade para desempenhar uma função ou tarefa com o desejável resultado nas diferentes circunstâncias da realidade, importa citar outras definições consideradas relevantes. Para Perrenoud (2000), competência é a capacidade de mobilizar e integrar diversos recursos cognitivos e afetivos, de forma a enfrentar de modo eficaz uma família de situações análogas, através da articulação de saberes, capacidades, valores, atitudes e esquemas de perceção, avaliação e raciocínio. Também Alarcão (2001) reforça esta perspetiva, afirmando que competência é o conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos e atitudes que permite um nível de desempenho adequado às circunstâncias. As experiências de estágio remetem também a Phaneuf (2005) que, especificamente na área de enfermagem, descreve que a competência inclui habilidades cognitivas, psicomotoras e sócio-afetivas que possibilitam o desempenho de papéis, funções, tarefas ou atividades na complexidade das situações reais. Em síntese, os autores convergem no sentido de definir competência como a capacidade de mobilizar os recursos disponíveis de forma a decidir a melhor estratégia de ação perante uma situação concreta (OE, 2009b). Perspetivando estes conceitos de competência e o percurso pessoal e profissional desenvolvidos, considero ter alcançado os três níveis de saber inerentes à profissão: o *saber-saber* na vertente cognitiva, o *saber-fazer* na vertente psicomotora e o *saber-ser* na vertente relacional, afetiva e ético-moral.

Toda a trajetória rumo ao nível de EEESCJ, que teve como ponto de partida a identificação das necessidades de aprendizagem e das competências a desenvolver e/ou consolidar, foi potenciador de um crescimento pessoal e profissional, contribuindo para que atualmente me sinta uma enfermeira diferente. Diferente na forma como me relaciono com as pessoas de quem cuido, como valorizo as suas capacidades e os seus medos, como estou disponível física e emocionalmente para elas e como me sinto realizada perante o reconhecimento das minhas intervenções e tomada de decisão. Este último ponto é particularmente importante, uma vez que não basta ficarmos satisfeitos com um agradecimento, mas sim sentirmo-nos

realizados por saber que esse agradecimento advém de uma atuação mais personalizada e criticamente pensada. E tal só acontece se recorrermos a uma prática baseada na evidência e aos elementos-chave das filosofias de cuidados da enfermagem pediátrica.

O processo de desenvolvimento de competências ao longo do estágio foi simultaneamente desafiador e compensador, uma vez que almejava a superação do meu desempenho profissional mas também das equipas onde me inseria, com o intuito final de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às crianças, ao jovens e às famílias. Neste sentido, procurei apreender de que forma o EEESCJ pode ser um elemento dinamizador dos pares e um agente promotor de um ambiente de bem-estar, seguro e estimulador do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil e trabalhei no sentido de incorporar instrumentos de promoção da segurança dos cuidados, minimizando os fatores de risco e prevenindo efetivamente o seu potencial de ocorrência.

Na sociedade contemporânea, qualidade e segurança constituem uma entidade indissociável que assume particular relevância nos cuidados ao cliente pediátrico que, fruto da sua menor autonomia e especial vulnerabilidade, está mais propenso ao risco de ocorrência de incidentes no âmbito da saúde. Deseja-se que este relatório, a sua futura discussão pública e a desejada divulgação científica, seja mais um recurso (mesmo que a um nível micro) para a otimização dos resultados em matéria de segurança, para a valorização dos enfermeiros nos serviços e para a importância de práticas de cuidados que visem a obtenção de ganhos em saúde.

Identificar os aspetos positivos e as oportunidades de melhoria neste *continuum* de desenvolvimento é o primeiro passo de uma prática reflexiva, que tende para um nível crescente de perícia, mas que não terá uma meta final, já que a procura pela excelência dos cuidados estará sempre repleta de objetivos a alcançar. Assim, cada enfermeiro tem o dever individual mas também corporativo de se tornar mais competente do ponto de vista cultural, científico, técnico, emocional e ético no domínio da saúde da criança e do jovem.

Na prossecução dos objetivos definidos e da mobilização das respetivas dimensões temáticas subjacentes considero ter desenvolvido as competências a que me propus. Não obstante, importa mencionar que este percurso foi também pautado por dificuldades, decorrentes da conciliação pessoal, profissional e académica. Outro aspeto a ressaltar foi a incorporação das

competências específicas de EEESCJ numa temática genericamente inserida no domínio da melhoria da qualidade e transversal a todos os enfermeiros especialistas.

Por último, é fundamental referir que este percurso de aprendizagem e os seus contributos não se esgotam neste relatório. É capital continuar a investir na formação contínua e na dinamização de eventos científicos e publicação de estudos científicos que sustentem e fundamentem a prática de enfermagem. Com o intuito de dar continuidade ao trabalho realizado e consciente de que muito mais haveria por fazer, perspetivo como projetos futuros a curto prazo a divulgação dos resultados da análise SWOT a toda a equipa que contribuiu para a sua construção e a participação na renovação do programa de notificação de incidentes, com base nas linhas de intervenção estratégicas que dela resultaram.

---

# REFERÊNCIAS

---

- Abreu, C. C. F. (2012). O erro humano no contexto dos cuidados de enfermagem. In P. Queirós (Ed.). *Enfermagem de Nightingale aos dias de hoje 100 anos* (pp. 247–264). Coimbra: Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Agostoni, C., Axelson, I., Colomb, V., Goulet, O., Koletzko, B., Michaelsen, K., ... Turck, D. (2005). The Need for Nutrition Support Teams in Pediatric Units: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 41(1), 8–11.
- Alarcão, I. (2001). *Escola Reflexiva e Nova Racionalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Askin, D. F. & Wilson, D. (2014). Recém-nascido de Alto Risco e a Família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. A. S. Curado & T. Vasconcellos, Trad) (9ª ed.) (Vol I, pp. 331–411). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).
- Azevedo, M. (2011). *Teses, relatórios e trabalhos escolares: sugestões para a estruturação da escrita* (8ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Barros, M. L. (2006). A unidade de cuidados intensivos de neonatologia como unidade de promoção do desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (2ª ed.) (pp. 297–316). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bauer, P., Hoffmann, R. G., Bragg, D. & Scanlon, M. C. (2013). Perceptions of risk to patient safety in the pediatric ICU, a study of American pediatric intensivists. *Safety Science*, 53, 160–167. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ssci.2012.09.009>.
- Benner, P. (1982). Issues in competency-based testing. *Nursing Outlook*, 30(5), 303–309. Disponível em: <http://www.eric.ed.gov/contentdelivery/servlet/ERICServlet?accno=EJ262777>.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Edição comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H. & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (2ª ed.). Nova York: Springer Publishing Company.

- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and Illness*. Califórnia: Addison-Wesley Publishing Company.
- Brazelton, T. B. (2006). *Touchpoints birth to 3: your child's emotional and behavioral development* (2<sup>a</sup> ed.). Cambridge: Da Capo Press.
- Brazelton, T. B. (2010). *O grande livro da criança*. (12<sup>a</sup> ed.). Barcarena: Editorial Presença.
- Comissão Europeia. (2005). *Patient Safety – Making it Happen! Luxembourg Declaration on Patient Safety*. Luxemburgo. Disponível em: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/ev\\_20050405\\_rd01\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf).
- Comissão Europeia. (2009). *Recomendação do Conselho (2009/C 151/01)*. Bruxelas. Disponível em: [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/council\\_2009\\_ro.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_ro.pdf).
- Comissão Europeia. (2014). *Patient safety and quality of care. Special Eurobarometer 411*. Disponível em: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_411\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_411_en.pdf).
- Costa, A. C. (2011). *Segurança do Doente*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>.
- Curley, M. A. Q. & Meyer, E. C. (2001). Caring Practices: The Impact of the Critical Care Experience on the Family. In M. A. Q. Curley & P. A. Moloney-Harmon (Eds.), *Critical Care Nursing of Infants and Children* (pp. 47–67). Pensilvânia: W.B. Saunders Co. DOI: <http://doi.org/10.4065/72.9.888>.
- Departamento da Qualidade na Saúde - Direção Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa. Disponível em: <http://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>.
- Diogo, P. (2014). *Documento de Orientação UC Estágio com Relatório*. Lisboa: ESEL.
- Direção Geral da Saúde. (2012). *Análise de Incidentes e de Eventos Adversos*. Orientação n.º 011/2012 de 30-07-2012. Lisboa. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=22756>.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013*. Norma n.º 010/2013 de 31-05-2013. Lisboa. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=24430>.
- Ethier, A. M. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situação de Fim de Vida. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (S. Colaço, Trad) (9<sup>a</sup> ed.) (Vol I, pp. 931–963). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).

- 
- Fernandes, A. M. M. L. (2012). Segurança do doente: velho desígnio, novos desafios. A mudança de paradigma cultural nas organizações de saúde. In P. Queirós (Ed.), *Enfermagem de Nightingale aos dias de hoje 100 anos* (pp. 265–288). Coimbra: Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes - Uma Abordagem Prática*. Lisboa: LIDEL.
- Gabinete de Gestão do Risco. (2014a). *Apresentação em PowerPoint*. 26-06-2014. Interlocutores Clínicos. Acessível no CHLC-Hospital Dona Estefânia, Lisboa, Portugal.
- Gabinete de Gestão do Risco. (2014b). *Relatório*. 01-06-2014. Relatório de Atividades da Gestão do Risco 2013. Acessível no CHLC-Hospital Dona Estefânia, Lisboa, Portugal.
- Gavidia, T. G., Pronczuk de Garbino, J. & Sly, P. D. (2009). Children's environmental health: an under-recognised area in paediatric health care. *BMC Pediatrics*, 9, 1–4. DOI: <http://doi.org/10.1186/1471-2431-9-10>.
- Grifols. (s.d.). Gricode. Consultado a 11-07-2015 em: <http://www.grifols.com/en/web/poland/diagnostics/-/product/gricode>.
- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (F. Carreira & P. Diogo, Trad) (9ª ed.) (Vol I, pp. 122–187). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (A. P. Fonseca, Trad) (9ª ed.) (Vol I, pp. 1–20). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Institute for Patient and Family-Centered Care. (s.d.). *What are the core concepts of patient- and family-centered care?* Disponível em: <http://www.ipfcc.org/faq.html>.
- Instituto de Apoio à Criança. (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada* (F. Vasco, M. L. Levy & T. Cepêda, Trad) (2ª ed.) (pp. 1–40). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Disponível em: [http://issuu.com/iacrianca/docs/anotacoes\\_carta\\_da\\_crian\\_a\\_hospitalizada\\_2009/1?e=0](http://issuu.com/iacrianca/docs/anotacoes_carta_da_crian_a_hospitalizada_2009/1?e=0).
-

- Intensive Care Society. (2006). *Standards for critical incident reporting in critical care*. Londres. Disponível em: <http://www.ics.ac.uk/ics-homepage/guidelines-and-standards/>.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Lacey, S., Smith, J. B. & Cox, K. (2008). Pediatric Safety and Quality. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (pp. 1–30). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2662/>.
- Lage, M. J. (2010). Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume Temático(10)*, 11–16. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/2-Seguranca%20do%20doente%20da%20teoria%20a%20pratica%20clinica.pdf>.
- Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro (2009). Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. *Diário da República 1.ª Série, N.º 178 (14-09-2009)* 6254-6255.
- Lemon, V. & Stockwell, D. C. (2012). Automated detection of adverse events in children. *Pediatric Clinics of North America*, 59(6), 1269–78. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.08.007>.
- Linde. (2013). *Livopan® A sedação consciente simplificada*. Disponível em: [http://hipermed.pt/media/product\\_files/LIVOPAN\\_2013.pdf](http://hipermed.pt/media/product_files/LIVOPAN_2013.pdf).
- Martin, J. (2013). *Paediatric Intensive Care Safety Package*. Birmingham: Birmingham Children's Hospital. Disponível em: [http://www.pipsqc.org/Portals/0/BCH%20PICU%20Safety%20Package2\[smallpdf.com\].pdf](http://www.pipsqc.org/Portals/0/BCH%20PICU%20Safety%20Package2[smallpdf.com].pdf)
- Mehta, Nilesh & Compher, C. (2009). A.S.P.E.N. Clinical Guidelines: Nutrition Support of the Critically Ill Child. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 33(3), 260–276. DOI: 10.1177/0148607109333114.
- Mitchell, P. H. (2008). Defining Patient Safety and Quality Care. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (pp. 1–5). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/>.

- 
- Mullen, J. E. & Pate, M. F. D. (2006). Caring for Critically Ill Children and Their Families. In M. C. Slota & American Association of Critical-Care Nurses (Eds.), *Core Curriculum for Pediatric Critical Care Nursing* (2<sup>a</sup> ed.) (pp. 1–39). Missouri: Saunders-Elsevier.
- National Patient Safety Agency. (2004). *Seven steps to patient safety: an overview guide for NHS staff*. Londres. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59787>.
- National Patient Safety Agency. (2007). Improving data quality. *Patient Safety Bulletin*, (Janeiro 2007), 1–6. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=129654>.
- National Patient Safety Agency. (2009). *Review of patient safety for children and young people*. Londres. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59864>.
- National Patient Safety Agency. (2008). *A risk matrix for risk managers*. Londres. Disponível em: <http://www.npsa.nhs.uk/nrls/improvingpatientsafety/patient-safety-tools-and-guidance/risk-assessment-guides/risk-matrix-for-risk-managers/>.
- Nichter, M. A. (2008). Medical errors affecting the pediatric intensive care patient: incidence, identification, and practical solutions. *Pediatric Clinics of North America*, 55(3), 757–77, xii. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.pcl.2008.02.014>.
- Nunes, L. (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao\\_2maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_2maio2006.pdf).
- Olsen, K. D., Dysvik, E. & Hansen, B. S. (2009). The meaning of family members' presence during intensive care stay: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(4), 190–198. DOI:10.1016/j.iccn.2009.04.004.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009a). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. (A. Germano, C. Carvalho, C. Martins, L. Nunes, M. Amaral, & M. Vieira, Redatores). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009b). Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem. *Caderno Temático*, 1–45. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/cadernostematicos2.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf).

Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf).

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Matriz para análise dos planos de estudo dos CPLEE*. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/Matrizparaanalise.aspx>.

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança* (Série 1). Lisboa: Cadernos OE. Disponível em: <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>.

Perrenoud, P. (2000). *Dez novas competências para ensinar*. Porto Alegre: Artmed.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Reid Ponte, P., Connor, M., DeMarco, R., & Price, J. (2004). Linking patient and family-centered care and patient safety: the next leap. *Nursing Economic*, 22(4), 211–215. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15382399>.

Runy, L. A. (2009). Pediatric safety: caring for children raises different quality and patient safety issues. *H&HN: Hospitals & Health Networks*, 83(5), 1–5. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=08c274d7-b83c-4b50-a292-532f4dbfde92%40sessionmgr4005&hid=4107&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2010313737>.

- 
- Schatkoski, A. M., Wegner, W., Algeri, S. & Pedro, E. N. R. (2009). Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3), 410–416. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000300020>.
- Skapik, J. L., Pronovost, P. J., Miller, M. R., Thompson, D. A. & Wu, A. W. (2009). Pediatric Safety Incidents From an Intensive Care Reporting System. *Journal of Patient Safety*, 5(2), 95–101. DOI: 10.1097/PTS.0b013e3181a70c68.
- Sousa, P. (2006). Patient Safety: A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19(4), 309–318. DOI: 17328848.
- Sousa, P., Uva, A. de S., Serranheira, F., Leite, E. & Nunes, C. (2011). *Segurança do Doente - Eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: [https://www.ensp.unl.pt/invest-desenvolv-inov/projectos/brochura\\_estudo\\_ea2011.pdf](https://www.ensp.unl.pt/invest-desenvolv-inov/projectos/brochura_estudo_ea2011.pdf).
- Tang, C.-S., Chung, F.-F., Lin, M.-C., & Wan, G.-H. (2009). Impact of patient visiting activities on indoor climate in a medical intensive care unit: A 1-year longitudinal study. *American Journal of Infection Control*, 37(3), 183–188. DOI: 10.1016/j.ajic.2008.06.011.
- Tavares, P. (2010). Direitos da Criança: Uma preocupação dos enfermeiros. Artigo de opinião. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/Direito\\_sdaCriançaUmpreocupaçãodosenfermeiros.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/Direito_sdaCriançaUmpreocupaçãodosenfermeiros.aspx).
- Team FME. (2013). *SWOT Analysis - Strategy Skills*. Disponível em: <http://www.free-management-ebooks.com>.
- Teixeira, S. (2011). *Gestão das Organizações* (2ª Ed.). Lisboa: Dashofer Holding.
- Thompson, L. (2008). Providing a Safe Environment. In J. T. Verger, R. M. Lebet & American Association of Critical-Care Nurses (Eds.), *Procedure Manual for Pediatric Acute and Critical Care* (pp. 1460–1464). Missouri: Saunders-Elsevier.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Loures: Lusociência.
- UNICEF. (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Disponível em: [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf).

- Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade Toddler e da Família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (H. Pedro & M. M. B. Soveral, Trad) (9ª ed.) (Vol I, pp. 587–621). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).
- Wilson, S., Ramelet, A. S. & Zuiderduyn, S. (2010). Research priorities for nursing care of infants, children and adolescents: a West Australian Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13-14), 1919–28. DOI: <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03025.x>.
- Woods, D. M., Johnson, J., Holl, J. L., Mehra, M., Thomas, E. J., Ogata, E. S. & Lannon, C. (2005). Anatomy of a patient safety event: a pediatric patient safety taxonomy. *Quality & Safety in Health Care*, 14(6), 422–7. DOI: <http://doi.org/10.1136/qshc.2004.013573>.
- World Health Organization. (2005). *World Alliance for Patient Safety: Forward Programme*. Geneva. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf).
- World Health Organization: World Alliance for Safer Health Care. (2005). *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems*. Geneva. Disponível em: [http://osp.od.nih.gov/sites/default/files/resources/Reporting\\_Guidelines.pdf](http://osp.od.nih.gov/sites/default/files/resources/Reporting_Guidelines.pdf).
- World Health Organization: World Alliance for Safer Health Care. (2011). *WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition*. Geneva. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44641/1/9789241501958\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44641/1/9789241501958_eng.pdf).
- World Health Organization. (2012). *Patient safety research: a guide for developing training programmes*. Geneva. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75359/1/9789241503440\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75359/1/9789241503440_eng.pdf).

**ANEXOS**



## **ANEXO 1**

### **Formulário de Notificação de Incidentes**



## Incidentes Críticos

Número de Doentes :

Número de Enfermeiros :

Hora:

Número de Médicos :

Número de Alunos (Med/Enf) :

Mês:

Ano:

Tipo de Incidente	Possíveis causas:	
<p><b>Medicação</b> <input type="checkbox"/></p>	<p>Prescrição <input type="checkbox"/></p> <p>Administração <input type="checkbox"/></p> <p>Outros <input type="checkbox"/></p>	<p>Via <input type="checkbox"/></p> <p>Dose <input type="checkbox"/></p> <p>Via <input type="checkbox"/></p> <p>Dose <input type="checkbox"/></p> <p>Preparação <input type="checkbox"/></p> <p>Horário <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Vias Aéreas e Ventilação</b> <input type="checkbox"/></p>	<p>Verificação do Equipamento <input type="checkbox"/></p> <p>Verificação da Permeabilidade e Segurança <input type="checkbox"/></p> <p>Colocação e Verificação de Parâmetros <input type="checkbox"/></p> <p>Outros <input type="checkbox"/></p>	<p>Montagem <input type="checkbox"/></p> <p>Teste <input type="checkbox"/></p> <p>Extubação acidental <input type="checkbox"/></p> <p>Obstrução do tubo ET <input type="checkbox"/></p> <p>Outros <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Técnicas e Procedimentos</b> <input type="checkbox"/></p>	<p>Colocação e Manutenção de Cateteres <input type="checkbox"/></p> <p>Colocação e Manutenção de Drenos <input type="checkbox"/></p> <p>Técnicas Dialíticas <input type="checkbox"/></p> <p>Outros <input type="checkbox"/></p>	<p>Centrais <input type="checkbox"/></p> <p>Periféricos <input type="checkbox"/></p> <p>Linhas Arteriais <input type="checkbox"/></p> <p>Outros <input type="checkbox"/></p> <p>Torácicos <input type="checkbox"/></p> <p>P.I.C. <input type="checkbox"/></p> <p>Outros <input type="checkbox"/></p> <p>HDFVVC <input type="checkbox"/></p> <p>Díalise Peritoneal <input type="checkbox"/></p> <p>Outros <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Equipamentose e Organização da Unidade</b> <input type="checkbox"/></p>	<p>Recursos Materiais <input type="checkbox"/></p> <p>Recursos Humanos <input type="checkbox"/></p> <p>Outros <input type="checkbox"/></p>	<p>Ausência de Material <input type="checkbox"/></p> <p>Funcionamento do Material <input type="checkbox"/></p> <p>Estado de Conservação <input type="checkbox"/></p> <p>Outros <input type="checkbox"/></p> <p>Médicos <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermeiros <input type="checkbox"/></p> <p>Outros <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Ambiente Envolvente</b> <input type="checkbox"/></p>	<p>Conforto <input type="checkbox"/></p> <p>Meio Ambiente <input type="checkbox"/></p> <p>Outros <input type="checkbox"/></p>	<p>Dor <input type="checkbox"/></p> <p>Posicionamentos <input type="checkbox"/></p> <p>Colares Cervicais <input type="checkbox"/></p> <p>Plano Duro <input type="checkbox"/></p> <p>Outros <input type="checkbox"/></p> <p>Temperatura <input type="checkbox"/></p> <p>Ruido <input type="checkbox"/></p> <p>Queda <input type="checkbox"/></p> <p>Outros <input type="checkbox"/></p>



## **ANEXO 2**

### **Pedido de Autorização à Direção de Enfermagem**



[REDACTED]

Exma. Senhora  
Enfermeira  
Helga Catarina Santos Alves de  
Oliveira  
Serviço [REDACTED]

**Assunto:** Pedido de autorização para recolha de informação junto da equipa de Enfermagem da [REDACTED] no âmbito do Mestrado em Enfermagem - área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Vimos por este meio informar que se encontra autorizada a efetuar a recolha de informação sobre a opinião da equipa de Enfermagem, referente ao programa de notificação de incidentes críticos instituído na [REDACTED], no âmbito do Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Os melhores cumprimentos,

[REDACTED], 14 de Janeiro de 2015

A Enfermeira Diretora  
[REDACTED]

AR/  
[REDACTED] [REDACTED]



# APÊNDICES



## **APÊNDICE 1**

### **Cronograma dos Estágios**



ANO	2014													2015										
	MESES	Set	Outubro				Novembro				Dezembro					Janeiro				Fevereiro			Mar	
DIAS		29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	18		5	12	19	26	2	9	16	23	2
		3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	17		2	9	16	23	30	6	13	20	27	6
ESTÁGIO COM RELATÓRIO	ACES <sup>i</sup> Lisboa Norte UCSP <sup>ii</sup> 5 semanas					CHLC <sup>iii</sup> UCIN <sup>iv</sup> + GGR <sup>v</sup> 4 semanas				Internamento Pediatria 3 semanas					FÉRIAS NATAL	CHLN <sup>vi</sup> UCIP <sup>vii</sup> 6 semanas				Elaboração e Apresentação do Relatório				

<sup>i</sup> ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

<sup>ii</sup> UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

<sup>iii</sup> CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

<sup>iv</sup> UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

<sup>v</sup> GGR – Gabinete de Gestão de Risco

<sup>vi</sup> CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

<sup>vii</sup> UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos



## **APÊNDICE 2**

**Guia Orientador do Estágio ACES Lisboa - UCSP**



## ACES Lisboa - UCSP<sup>i</sup>

OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<b>Desenvolver competências comuns de EE<sup>ii</sup>.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analisar os programas de melhoria contínua da qualidade das práticas de enfermagem;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta da evidência científica e normas disponíveis relativas à saúde da criança e do jovem;</li> <li>○ Identificação de oportunidades de melhoria contínua.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Documentos de referência da UCSP;</li> <li>➤ Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013);</li> <li>➤ <i>Schedule of Growing Skills II</i> (Bellman, Lingam &amp; Aukett, 2003);</li> <li>➤ Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (Ministério da Saúde, 2013);</li> <li>➤ Grelha de Observação;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover processos de aprendizagem e tomada de decisão sustentados na melhor evidência;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identificação de lacunas do conhecimento e oportunidades de aprendizagem relativas à saúde da criança e do jovem;</li> <li>○ Divulgação de dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reconhecer estratégias promotoras de um ambiente seguro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sensibilização para a temática da segurança e gestão de incidentes;</li> <li>○ Colaboração na definição dos recursos necessários para a prestação de cuidados seguros.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analisar a dinâmica funcional da UCSP;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Observação dos elos de ligação entre a UCSP e o hospital de referência;</li> <li>○ Observação da estrutura, organização e cuidados prestados na CSIJ<sup>iv</sup>;</li> <li>○ Observação dos cuidados prestados na visita domiciliária (VD).</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar os quadros de referência norteadores dos cuidados prestados no âmbito da CSIJ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta de manuais de boas práticas, protocolos, normas e outros documentos de referência;</li> <li>○ Realização de uma grelha com tópicos para a análise reflexiva sobre as estratégias de atuação com enfoque nos CNT<sup>v</sup> e CCF<sup>vi</sup> e na segurança.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analisar o papel do EEESCJ no seio da equipa multidisciplinar;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Observação da diferenciação do papel assumido pelo EEESCJ no âmbito dos diversos contextos da prática de cuidados;</li> <li>○ Discussão e análise de situações concretas de cuidados com o enfermeiro de referência e restante equipa;</li> <li>○ Elaboração de um poster com enfoque nas competências do EEESCJ.</li> </ul>	

<p><b>Desenvolver competências de EEESCJ na maximização da saúde e na promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aprofundar conhecimentos no âmbito da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pesquisa bibliográfica sobre crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil;</li> <li>○ Realização de guiões de observação para a CSIJ com base no PNSIJ<sup>vii</sup>;</li> <li>○ Identificação dos instrumentos de avaliação de crescimento e desenvolvimento preconizados;</li> <li>○ Avaliação e interpretação tutorada de parâmetros de crescimento e desenvolvimento;</li> <li>○ Implementação de atividades promotoras e adequadas ao crescimento e desenvolvimento da criança/do jovem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Guiões de Observação para a CSIJ;</li> <li>➤ <i>Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente</i> (Hockenberry &amp; Wilson, 2014);</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desenvolver competências comunicacionais com a criança, o jovem e a família;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pesquisa bibliográfica sobre técnicas de comunicação adequadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis;</li> <li>○ Interação com a criança, jovem e família, de forma a treinar as habilidades no domínio da comunicação verbal e não verbal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Revisão bibliográfica da literatura relativa à segurança em saúde.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participar na prestação de cuidados à criança/ao jovem e família no âmbito da CSIJ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Participação na orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil e juvenil;</li> <li>○ Participação no desenvolvimento dos planos individuais de saúde, com enfoque nos comportamentos promotores de saúde e tomada de decisão responsável<sup>viii</sup>;</li> <li>○ Participação na prevenção, identificação e abordagem das doenças comuns nas várias idades<sup>ix</sup>;</li> <li>○ Participação na deteção e encaminhamento de situações que possam comprometer a vida ou qualidade de vida<sup>x</sup>;</li> <li>○ Participação na identificação, apoio e orientação da criança/do jovem e família de risco;</li> <li>○ Realização de VD a crianças/jovens e famílias sinalizadas;</li> <li>○ Participação nas intervenções direcionadas para a criança/o jovem e família com necessidades especiais de saúde;</li> <li>○ Acompanhamento de um recém-nascido e família nos contactos iniciais com a UCSP<sup>xi</sup>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Projeto de Estágio;</li> <li>➤ Relatório de Estágio;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participar na prestação de cuidados à criança/ao jovem e família no âmbito da Vacinação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Realização de uma grelha com tópicos para a análise reflexiva sobre as estratégias de atuação com enfoque nos CNT e CCF e na segurança;</li> <li>○ Participação na vacinação de crianças e jovens, de forma a treinar habilidades na prestação de cuidados não traumáticos.</li> </ul>	
<p><b>Analisar os cuidados de qualidade prestados com vista à segurança da criança, do jovem e da família.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analisar a cultura organizacional;</li> <li>▪ Analisar as práticas de cuidados com enfoque na segurança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Levantamento dos constrangimentos em matéria de segurança no âmbito dos cuidados de saúde primários;</li> <li>○ Levantamento das necessidades percecionadas pelos enfermeiros em matéria de segurança na UCSP;</li> <li>○ Levantamento das estratégias de atuação com enfoque na segurança.</li> </ul>	

**i ACES Lisboa – UCSP** – Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**ii EE** – Enfermeiro Especialista

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

**iv CSIJ** – Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

**v CNT** – Cuidados Não Traumáticos

**vi CCF** – Cuidados Centrados na Família

**vii PNSIJ** – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

**viii** Promoção da: imunização segundo o Programa Nacional de Vacinação; saúde oral; nutrição adequada e adaptada às necessidades individuais; prática regular de exercício físico; brincar/atividades de lazer. Prevenção de: perturbações emocionais/do comportamento; acidentes e comportamentos de risco; consumos nocivos; maus tratos; riscos decorrentes da exposição solar inadequada;

**ix** Reforço do papel parental e necessidade de recurso aos serviços de saúde

**x** Malformações congénitas, perturbações da visão/audição/linguagem/desenvolvimento, problemas dentários, alterações neurológicas/comportamento/foro emocional

**xi** Primeira consulta, realização do diagnóstico precoce e primeira visita domiciliária



## **APÊNDICE 3**

### **Guia Orientador do Estágio CHL – UCIN e GGR**



## CHL – UCIN + GGR<sup>i</sup>

OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
Desenvolver competências comuns de EE <sup>ii</sup> .	▪ Analisar os programas de melhoria contínua da qualidade das práticas de enfermagem;	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta da evidência científica e normas disponíveis relativas à saúde da criança e do jovem;</li> <li>○ Identificação de oportunidades de melhoria contínua.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Documentos de referência da UCIN e do GGR;</li> <li>➤ Grelhas de Observação;</li> <li>➤ <i>Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (Hockenberry &amp; Wilson, 2014);</i></li> <li>➤ Revisão bibliográfica da literatura relativa à segurança em saúde;</li> </ul>
	▪ Promover processos de aprendizagem e tomada de decisão sustentados na melhor evidência;	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identificação de lacunas do conhecimento e oportunidades de aprendizagem relativas à saúde da criança e do jovem;</li> <li>○ Divulgação de dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.</li> </ul>	
	▪ Reconhecer estratégias promotoras de um ambiente seguro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sensibilização para a temática da segurança e gestão de incidentes;</li> <li>○ Colaboração na definição dos recursos necessários para a prestação de cuidados seguros.</li> </ul>	
Desenvolver competências específicas de EEESCJ <sup>iii</sup> .	▪ Analisar a dinâmica funcional da UCIN;	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Observação do método de trabalho, dos cuidados prestados e da articulação da equipa multidisciplinar;</li> <li>○ Identificação dos diversos projetos implementados na UCIN.</li> </ul>	
	▪ Identificar os quadros de referência norteadores dos cuidados prestados na UCIN;	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta de manuais de boas práticas, protocolos, normas e outros documentos de referência;</li> <li>○ Realização de uma grelha com tópicos para a análise reflexiva sobre as estratégias de atuação com enfoque nos CNT<sup>v</sup> e CCF<sup>vi</sup> e na segurança.</li> </ul>	
	▪ Analisar o papel do EEESCJ no seio da equipa multidisciplinar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Observação da diferenciação do papel assumido pelo EEESCJ no âmbito da prática de cuidados;</li> <li>○ Discussão e análise de situações concretas de cuidados com o enfermeiro de referência e restante equipa;</li> <li>○ Realização de uma análise reflexiva sobre as competências do EEESCJ no contexto da UCIN.</li> </ul>	

<p><b>Desenvolver competências de EEESCJ na maximização da saúde e na promoção do crescimento e desenvolvimento do RN<sup>iv</sup>.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aprofundar conhecimentos no âmbito da avaliação do crescimento e desenvolvimento no período neonatal;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pesquisa bibliográfica sobre crescimento e desenvolvimento no período neonatal;</li> <li>○ Pesquisa bibliográfica sobre o desenvolvimento de competências no RN;</li> <li>○ Identificação dos instrumentos de avaliação de crescimento e desenvolvimento preconizados para o RN;</li> <li>○ Avaliação e interpretação tutorada de parâmetros de crescimento e desenvolvimento do RN;</li> <li>○ Implementação de atividades promotoras do crescimento e desenvolvimento do RN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Projeto de Estágio;</li> <li>➤ Relatório de Estágio;</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desenvolver competências comunicacionais com o RN e família;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pesquisa bibliográfica sobre técnicas de comunicação adequadas ao período neonatal;</li> <li>○ Interação com o RN e família, de forma a treinar as habilidades no domínio da comunicação verbal e não verbal;</li> <li>○ Interação com a família de forma a valorizar as suas emoções e preocupações face ao processo de hospitalização e vivência de uma experiência emocionalmente intensa, através do diálogo e escuta ativa.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participar na prestação de cuidados ao RN e a família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Realização de uma grelha de observação para registo e análise das estratégias de atuação com enfoque nos cuidados promotores do desenvolvimento e da parentalidade;</li> <li>○ Observação e participação no acolhimento e admissão ao RN e família;</li> <li>○ Observação e participação na prestação de cuidados em parceria, promotores do desenvolvimento e da parentalidade;</li> <li>○ Observação e participação nas atividades de educação para a saúde e esclarecimento gradual de dúvidas dos pais, relativamente ao desenvolvimento e cuidados ao RN;</li> <li>○ Observação e participação nos cuidados para a preparação para a alta/transfêrencia do RN.</li> </ul>		

**Analisar os cuidados de qualidade prestados com vista à segurança do RN e da família.**

- Analisar as práticas de atuação com enfoque na segurança no contexto da UCIN;

- Análise de estratégias de atuação para prevenção da ocorrência de incidentes;
- Análise das práticas de notificação de incidentes;
- Contacto com o programa informático de gestão de risco hospitalar HER<sup>+</sup>®;
- Identificação dos principais incidentes ocorridos e estratégias de intervenção adotadas;
- Análise da formação profissional e projetos desenvolvidos no âmbito da gestão de risco e da segurança do doente;
- Contacto com os processos de auditoria e monitorização das medidas de melhoria implementados;
- Realização de uma reflexão sobre a importância da análise de incidentes na melhoria das práticas de cuidados.

- Analisar as práticas de atuação com enfoque na segurança no contexto do GGR.

- Análise da dinâmica funcional do GGR;
- Participação nas atividades desenvolvido pelo GGR;
- Identificação dos indicadores de segurança utilizados;
- Reconhecimento dos instrumentos utilizados na avaliação do risco;
- Contacto com o programa informático de gestão de risco hospitalar HER<sup>+</sup>®;
- Observação do processo de análise de incidentes;
- Identificação dos principais incidentes ocorridos e estratégias de intervenção adotadas;
- Observação de algumas análises de causa raiz;
- Análise da formação profissional e projetos desenvolvidos no âmbito da gestão de risco e da segurança do doente;
- Contacto com os processos de auditoria e monitorização das medidas de melhoria implementados;
- Identificação das estratégias utilizadas para a promoção do registo de incidentes.

---

**i CHL – UCIN + GGR** – Centro Hospitalar Lisboa – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais + Gabinete de Gestão de Risco

**ii EE** – Enfermeiro Especialista

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

**iv RN** – Recém-nascido

**v CNT** – Cuidados Não Traumáticos

**vi CCF** – Cuidados Centrados na Família

## **APÊNDICE 4**

### **Guia Orientador do Estágio Internamento de Pediatria**



## Internamento de Pediatria<sup>i</sup>

OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<b>Desenvolver competências comuns de EE<sup>ii</sup>.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analisar os programas de melhoria contínua da qualidade das práticas de enfermagem;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta da evidência científica e normas disponíveis relativas à saúde da criança e do jovem;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Documentos de referência do IP;</li> <li>➤ Grelhas de Observação;</li> <li>➤ <i>Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente</i> (Hockenberry &amp; Wilson, 2014);</li> <li>➤ Revisão bibliográfica da literatura relativa à segurança em saúde;</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identificação de oportunidades de melhoria contínua.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover processos de aprendizagem e tomada de decisão sustentados na melhor evidência;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identificação de lacunas do conhecimento e oportunidades de aprendizagem relativas à saúde da criança e do jovem;</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Divulgação de dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reconhecer estratégias promotoras de um ambiente seguro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sensibilização para a temática da segurança e gestão de incidentes;</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Colaboração na definição dos recursos necessários para a prestação de cuidados seguros.</li> </ul>	
<b>Desenvolver competências específicas de EEESCJ<sup>iii</sup>.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analisar a dinâmica funcional do IP;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Observação do método de trabalho, dos cuidados prestados e da articulação da equipa multidisciplinar;</li> <li>○ Identificação dos diversos projetos implementados no IP.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar os quadros de referência norteadores dos cuidados prestados no IP;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta de manuais de boas práticas, protocolos, normas e outros documentos de referência;</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Realização de uma grelha com tópicos para a análise reflexiva sobre as estratégias de atuação com enfoque nos CNT<sup>iv</sup> e CCF<sup>v</sup> e na segurança.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analisar o papel do EEESCJ no seio da equipa multidisciplinar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Observação da diferenciação do papel assumido pelo EEESCJ no âmbito da prática de cuidados;</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Discussão e análise de situações concretas de cuidados com o enfermeiro de referência e restante equipa;</li> <li>○ Realização de uma análise reflexiva sobre as competências do EEESCJ no contexto do IP.</li> </ul>	

<p><b>Desenvolver competências de EEESCJ na maximização da saúde e na promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aprofundar conhecimentos no âmbito da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pesquisa bibliográfica sobre crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil;</li> <li>○ Identificação dos instrumentos de avaliação de crescimento e desenvolvimento preconizados;</li> <li>○ Avaliação e interpretação tutorada de parâmetros de crescimento e desenvolvimento;</li> <li>○ Implementação de atividades promotoras e adequadas ao crescimento e desenvolvimento da criança/do jovem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Projeto de Estágio;</li> <li>➤ Relatório de Estágio;</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desenvolver competências comunicacionais com a criança, o jovem e a família;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pesquisa bibliográfica sobre técnicas de comunicação adequadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis;</li> <li>○ Interação com a criança, jovem e família, de forma a treinar as habilidades no domínio da comunicação verbal e não verbal;</li> <li>○ Interação com a família de forma a valorizar as suas emoções e preocupações face ao processo de hospitalização, através do diálogo e escuta ativa.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participar na prestação de cuidados à criança e ao jovem com doença aguda/crónica e à sua família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Observação e participação no acolhimento e admissão à criança/ao jovem e família;</li> <li>○ Identificação dos principais motivos de internamento;</li> <li>○ Prestação de cuidados individualizados à criança/ao jovem e família, adequados ao estágio de desenvolvimento e de acordo com a situação clínica e motivo de internamento;</li> <li>○ Participação na orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil e juvenil;</li> <li>○ Participação no desenvolvimento dos planos individuais de saúde, com enfoque nos comportamentos promotores de saúde e tomada de decisão responsável<sup>vi</sup>, sempre que necessário;</li> <li>○ Participação na identificação e sinalização da criança/do jovem e família de risco;</li> <li>○ Participação nas intervenções direcionadas para a criança/o jovem e família com necessidades especiais de saúde;</li> </ul>		

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Observação e participação nos cuidados para a preparação para a alta/transfêrencia da criança/do jovem;</li> <li>○ Articulação com os recursos existentes na comunidade para continuidade dos cuidados após a alta da criança/do jovem.</li> </ul>	
<p><b>Analisar os cuidados de qualidade prestados com vista à segurança da criança, do jovem e da família.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analisar a cultura organizacional;</li> <li>▪ Analisar as práticas de atuação com enfoque na segurança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Análise de estratégias de atuação para prevenção da ocorrência de incidentes;</li> <li>○ Análise das práticas de notificação de incidentes;</li> <li>○ Contacto com o programa informático de gestão de risco hospitalar;</li> <li>○ Identificação dos principais incidentes ocorridos e estratégias de intervenção adotadas;</li> <li>○ Análise da formação profissional e projetos desenvolvidos no âmbito da gestão de risco e da segurança do doente;</li> <li>○ Contacto com os processos de auditoria e monitorização das medidas de melhoria implementados;</li> <li>○ Realização de uma reflexão sobre a importância da análise de incidentes na melhoria das práticas de cuidados;</li> <li>○ Identificação da dinâmica de ligação do serviço com o Gabinete de Gestão de Risco.</li> </ul>	

**i IP** – Internamento de Pediatria

**ii EE** – Enfermeiro Especialista

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

**iv CNT** – Cuidados Não Traumáticos

**v CCF** – Cuidados Centrados na Família

**vi** Promoção da: imunização segundo o Programa Nacional de Vacinação; saúde oral; nutrição adequada e adaptada às necessidades individuais; prática regular de exercício físico; brincar/atividades de lazer. Prevenção de: perturbações emocionais/do comportamento; acidentes e comportamentos de risco; consumos nocivos; maus tratos; riscos decorrentes da exposição solar inadequada;



## **APÊNDICE 5**

### **Guia Orientador do Estágio CHL – UCIP**



## CHL - UCIP<sup>i</sup>

OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<b>Desenvolver competências comuns de EE<sup>ii</sup>.</b>	▪ Analisar os programas de melhoria contínua da qualidade das práticas de enfermagem;	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta da evidência científica e normas disponíveis relativas à saúde da criança e do jovem;</li> <li>○ Identificação de oportunidades de melhoria contínua.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Documentos de referência da UCIP;</li> <li>➤ <i>Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente</i> (Hockenberry &amp; Wilson, 2014);</li> </ul>
	▪ Promover processos de aprendizagem e tomada de decisão sustentados na melhor evidência;	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identificação de lacunas do conhecimento e oportunidades de aprendizagem relativas à saúde da criança e do jovem;</li> <li>○ Divulgação de dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.</li> </ul>	
	▪ Reconhecer estratégias promotoras de um ambiente seguro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sensibilização para a temática da segurança e gestão de incidentes;</li> <li>○ Colaboração na definição dos recursos necessários para a prestação de cuidados seguros.</li> </ul>	
	▪ Refletir sobre a dinâmica funcional da UCIP;	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Análise do método de trabalho, dos cuidados prestados e da articulação da equipa multidisciplinar;</li> <li>○ Análise dos diversos projetos implementados na UCIP.</li> </ul>	
<b>Desenvolver competências específicas de EEESCJ<sup>iii</sup>.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analisar os quadros de referência norteadores dos cuidados prestados na UCIP;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta de manuais de boas práticas, protocolos, normas e outros documentos de referência;</li> <li>○ Realização de uma grelha com tópicos para a análise reflexiva sobre as estratégias de atuação com enfoque nos CNT<sup>iv</sup> e CCF<sup>v</sup> e na segurança;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Revisão bibliográfica da literatura relativa à segurança em saúde;</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Promover e prestar cuidados centrados na família através da mobilização/discussão dos seus pilares fundamentais, em situações concretas de cuidados com a equipa multidisciplinar;</li> <li>○ Promover e prestar cuidados não traumáticos através da mobilização/discussão dos seus pilares fundamentais em situações concretas de cuidados com a equipa multidisciplinar.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analisar o papel do EEESCJ no seio da equipa multidisciplinar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Observação da diferenciação do papel assumido pelo EEESCJ no âmbito da prática de cuidados;</li> <li>○ Discussão e análise de situações concretas de cuidados com o enfermeiro de referência e restante equipa;</li> <li>○ Realização de uma análise reflexiva sobre as competências do EEESCJ no contexto da UCIP.</li> </ul>	
<p><b>Desenvolver competências de EEESCJ no cuidado à criança, ao jovem e família nas situações de especial complexidade.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aprofundar conhecimentos no âmbito da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil em situações de doença grave;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pesquisa bibliográfica sobre fatores determinantes no crescimento e desenvolvimento da criança/do jovem gravemente doente;</li> <li>○ Identificação dos instrumentos de avaliação de crescimento e desenvolvimento preconizados para a utilização em unidades de cuidados intensivos pediátricos;</li> <li>○ Sensibilização da equipa multidisciplinar sobre a importância da condição nutricional no crescimento e evolução clínica da criança/do jovem gravemente doente, através da discussão das principais recomendações nesta área;</li> <li>○ Avaliação e interpretação tutorada de parâmetros de crescimento e desenvolvimento;</li> <li>○ Implementação de atividades promotoras do crescimento e desenvolvimento da criança/do jovem gravemente doente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Revisão bibliográfica da literatura relativa à Antropometria e avaliação nutricional em crianças/jovens gravemente doentes;</li> <li>➤ Revisão bibliográfica da literatura sobre comunicação em situação de doença grave;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desenvolver competências comunicacionais com a criança/o jovem gravemente doente e família;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pesquisa bibliográfica sobre técnicas de comunicação adequadas à criança/ao jovem gravemente doente;</li> <li>○ Interação com a criança, jovem e família, de forma a treinar as habilidades no domínio da comunicação verbal e não verbal;</li> <li>○ Interação com a família de forma a valorizar as suas emoções e preocupações face ao processo de hospitalização e vivência de uma experiência emocionalmente intensa, através do diálogo e escuta ativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Projeto de Estágio;</li> <li>➤ Relatório de Estágio;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prestar cuidados à criança/ao jovem gravemente doente e família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pesquisa bibliográfica para aprofundar conhecimentos sobre situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte;</li> <li>○ Participação no acolhimento e admissão à criança/ao jovem gravemente doente e família;</li> <li>○ Prestação de cuidados especializados à criança/ao jovem e família, adequados ao estágio de desenvolvimento e de acordo com a situação clínica e motivo de internamento;</li> <li>○ Participação na deteção e encaminhamento de situações que possam comprometer a vida ou qualidade de vida<sup>vi</sup>;</li> <li>○ Participação na identificação e sinalização da criança/do jovem e família de risco;</li> <li>○ Participação nas intervenções direcionadas para a criança/o jovem e família com necessidades especiais de saúde;</li> <li>○ Participação nos cuidados para a preparação para a alta/transferência da criança/do jovem.</li> </ul>	
<p><b>Promover a implementação de cuidados de qualidade com vista à segurança da criança, do jovem e da família.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analisar a cultura organizacional;</li> <li>▪ Promover as práticas de cuidados com enfoque na segurança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Levantamento dos constrangimentos em matéria de segurança no âmbito dos cuidados intensivos pediátricos;</li> <li>○ Levantamento das estratégias de atuação com enfoque na segurança;</li> <li>○ Análise da formação profissional e projetos desenvolvidos no âmbito da gestão de risco e da segurança do doente;</li> <li>○ Realização de uma reflexão sobre a importância da análise de incidentes na melhoria das práticas de cuidados.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analisar o PNI<sup>vii</sup> em uso da UCIP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Clarificação e análise das práticas de notificação de incidentes;</li> <li>○ Revisão dos relatórios anuais, incidentes ocorridos e recomendações emanadas desde 2013;</li> <li>○ Identificação da opinião da equipa multidisciplinar sobre a necessidade de melhoria e consolidação do PNI (incluindo o grupo de trabalho responsável);</li> <li>○ Revisão do formulário de preenchimento dos incidentes e respetiva norma de procedimentos;</li> </ul>	

- Realização de um pedido de colaboração escrito para levantamento da opinião da equipa multidisciplinar sobre os aspetos positivos do PNI e os que requerem melhoria;
- Caracterização do PNI com recurso à Análise SWOT<sup>viii</sup> construída com base nas opiniões levantadas;
- Comparação do PNI em uso na UCIP com aquele que é preconizado pela evidência científica e organizações de referência;
- Realização de uma análise síntese com as linhas de intervenção estratégicas a sugerir ao grupo de trabalho responsável pelo PNI.

---

**i CHL – UCIP** – Centro Hospitalar Lisboa – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

**ii EE** – Enfermeiro Especialista

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

**iv CNT** – Cuidados Não Traumáticos

**v CCF** – Cuidados Centrados na Família

**vi** Malformações congénitas, perturbações da visão/audição/linguagem/desenvolvimento, problemas dentários, alterações neurológicas/comportamento/foro emocional

**vii PNI** – Programa de Notificação de Incidentes

**viii** A análise **SWOT** é uma técnica que vem da área da Gestão e que envolve a identificação das forças (*Strengths*), das fragilidades (*Weaknesses*), das oportunidades (*Opportunities*) e das ameaças (*Threats*) de uma determinada organização ou mercado (Teixeira, 2011)

## **APÊNDICE 6**

### **Tópicos para Análise Reflexiva – Vacinação e CSIJ**



## TÓPICOS PARA ANÁLISE REFLEXIVA – VACINAÇÃO/CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

Nome:

Idade:

Vacina/Consulta:

CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA	CUIDADOS NÃO TRAUMÁTICOS	SEGURANÇA (DGS, 2011)
<b>Dignidade e Respeito</b>  <b>Partilha de Informação</b>  <b>Participação</b>  <b>Colaboração</b>	<b>Criança, Jovem e Família (C/J/F)</b>	
	Potenciais Stressores  Indicadores de Stress	
	<b>Enfermeiro</b>	
	Prevenir/Minimizar a separação família  Promover uma sensação de controlo  Prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor	1. Tipo Incidente  2. Consequências para a(o) C/J/F  3. Características da(o) C/J/F  4. Características do Incidente  5. Fatores Contribuintes/Perigos  6. Consequências Organizacionais  7. Deteção  8. Fatores Atenuantes do Dano  9. Ações de Melhoria  10. Ações para Reduzir o Risco



## **APÊNDICE 7**

### **Tópicos para Análise Reflexiva – UCIN**



## TÓPICOS PARA ANÁLISE REFLEXIVA – UCIN

Nome: \_\_\_\_\_ Idade Gestacional: \_\_\_\_\_ Idade Real: \_\_\_\_\_ Motivo Internamento: \_\_\_\_\_

CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA	CUIDADOS NÃO TRAUMÁTICOS	SEGURANÇA (DGS, 2011)
<b>Dignidade e Respeito</b>  <b>Partilha de Informação</b>  <b>Participação</b>  <b>Colaboração</b>	<b>Recém-nascido e Família (RN/F)</b>	
	Potenciais Stressores  Indicadores de Stress	
	<b>Enfermeiro</b>	
	Prevenir/Minimizar a separação família  Promover uma sensação de controlo  Prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor	

1. Tipo Incidente
2. Consequências para a(o) RN/F
3. Características da(o) RN/F
4. Características do Incidente
5. Fatores Contribuintes/Perigos
6. Consequências Organizacionais
7. Deteção
8. Fatores Atenuantes do Dano
9. Ações de Melhoria
10. Ações para Reduzir o Risco



## **APÊNDICE 8**

**Tópicos para Análise Reflexiva – Internamento de Pediatria**



## TÓPICOS PARA ANÁLISE REFLEXIVA – INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Nome:

Idade:

Motivo Internamento:

CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA	CUIDADOS NÃO TRAUMÁTICOS	SEGURANÇA (DGS, 2011)
<b>Dignidade e Respeito</b>  <b>Partilha de Informação</b>  <b>Participação</b>  <b>Colaboração</b>	<b>Criança, Jovem e Família (C/J/F)</b>	
	Potenciais <i>Stressores</i>  Indicadores de <i>Stress</i>	
	<b>Enfermeiro</b>	
	Prevenir/Minimizar a separação família  Promover uma sensação de controlo  Prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor	1. Tipo Incidente  2. Consequências para a(o) C/J/F  3. Características da(o) C/J/F  4. Características do Incidente  5. Fatores Contribuintes/Perigos  6. Consequências Organizacionais  7. Deteção  8. Fatores Atenuantes do Dano  9. Ações de Melhoria  10. Ações para Reduzir o Risco



## **APÊNDICE 9**

### **Tópicos para Análise Reflexiva – UCIP**



## TÓPICOS PARA ANÁLISE REFLEXIVA – UCIP

Nome:

Idade:

Motivo Internamento:

CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA	CUIDADOS NÃO TRAUMÁTICOS	SEGURANÇA (DGS, 2011)
<b>Dignidade e Respeito</b>  <b>Partilha de Informação</b>  <b>Participação</b>  <b>Colaboração</b>	<b>Criança, Jovem e Família (C/J/F)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tipo Incidente</li> <li>2. Consequências para a(o) C/J/F</li> <li>3. Características da(o) C/J/F</li> <li>4. Características do Incidente</li> <li>5. Fatores Contribuintes/Perigos</li> <li>6. Consequências Organizacionais</li> <li>7. Deteção</li> <li>8. Fatores Atenuantes do Dano</li> <li>9. Ações de Melhoria</li> <li>10. Ações para Reduzir o Risco</li> </ol>
	Potenciais <i>Stressores</i>	
	Indicadores de <i>Stress</i>	
<b>Enfermeiro</b>		
	Prevenir/Minimizar a separação família	
	Promover uma sensação de controlo	
	Prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor	



## **APÊNDICE 10**

**Poster CSIJ**



# O Enfermeiro na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil



Presta **cuidados centrados na criança, jovem e família**, aproveitando cada contacto para os apoiar na maximização da sua saúde e responder às necessidades de saúde/doença.



É **parceiro no processo de cuidar**, promovendo a parentalidade e motivando a participação da criança e jovem na procura da autonomia, saúde e bem estar.



**Comunica** com a criança, jovem e família de forma adequada à idade, desenvolvimento e cultura. Facilita a expressão de sentimentos/emoções. Promove a auto-estima e tomada de decisão responsável.



Presta **cuidados não traumáticos**, com ações que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico (medo, ansiedade, vergonha, dor, imobilização...).

No seguimento do **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**:



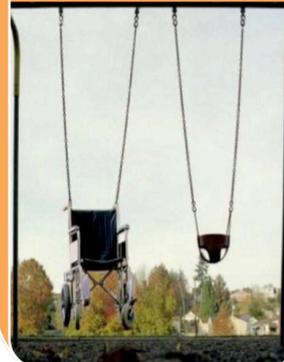
- Orienta as **consultas para as idades-chave** do ciclo de vida, particularizando a periodicidade em situações especiais;



- Harmoniza as consultas com o Programa Nacional de Vacinação ou outras vindas ao serviço, de forma a **reduzir o número de deslocações familiares**;

- **Avalia e promove o crescimento e desenvolvimento** da criança e jovem, orientando antecipatoriamente a família;

- **Promove a vinculação**, avaliando e valorizando as competências parentais e do recém-nascido, criança ou jovem, para estimular comportamentos interativos;



- Dá especial importância às **questões da segurança**, alertando para os riscos associados às diversas idades e promovendo os cuidados necessários para os prevenir;

- Reconhece a criança, jovem e família com **necessidades específicas de saúde/doença** e identifica **situações de risco**, mobilizando os recursos de suporte necessários.



## **APÊNDICE 11**

**Tópicos para Análise Reflexiva –**

**Cuidados Promotores do Desenvolvimento e Parentalidade**



## GUIÃO DE OBSERVAÇÃO UCIN – CUIDADOS PROMOTORES DO DESENVOLVIMENTO E PARENTALIDADE

### ACOLHIMENTO

- APRESENTAÇÃO DA EQUIPA, RECURSOS E INFRAESTRUTURAS
- VALIDAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO
- FORNECIMENTO DE INFORMAÇÕES GERAIS E DOCUMENTOS DE SUPORTE (GUIAS ACOLHIMENTO, NORMAS DO SERVIÇO, ...)
- ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS/PREOCUPAÇÕES
- COLHEITA DE DADOS PARA AVALIAÇÃO INICIAL

### NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM/EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- DESENVOLVIMENTO
- CUIDADOS DE SAÚDE
- ALIMENTAÇÃO
- HIGIENE/MUDANÇA FRALDA
- CUIDADOS AO CORDÃO UMBILICAL
- CÓLICAS
- SONO
- SEGURANÇA
- PUERICULTURA

### CUIDADOS PARA O DESENVOLVIMENTO

- ORGANIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO
- ESTÍMULOS SENSORIAIS
- MANUSEAMENTO/POSICIONAMENTO TERAPÊUTICO
- TÉCNICAS FACILITADORAS DA AUTORREGULAÇÃO
- MASSAGEM
- VINCULAÇÃO
- MÉTODO CANGURU
- ESTÁDIOS SONO/ALERTA
- PREVENÇÃO/ALÍVIO DA DOR

### PREPARAÇÃO PARA A ALTA

- VALIDAÇÃO DAS APRENDIZAGENS CONCRETIZADAS
- ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS/PREOCUPAÇÕES
- CARTA DE ALTA E BOLETINS
- ACOMPANHAMENTO PÓS-ALTA



## **APÊNDICE 12**

### **Guiões de Observação CSIJ**



GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL <sup>1</sup>		1ª Consulta
<b>Avaliação Parâmetros Antropométricos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peso</li> <li>▪ Comprimento/Altura</li> <li>▪ IMC/Percentil</li> <li>▪ Perímetro Cefálico</li> </ul>	
<b>Exame Físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação corporal (Pulsos, anca, etc.)</li> <li>▪ Visão (avaliar desenvolvimento)</li> <li>▪ Audição (rastreamento auditivo neonatal; avaliar desenvolvimento)</li> </ul>	
<b>Desenvolvimento</b>	<b>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</b>	<b>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reflexos primitivos: Moro, sucção e procura, preensão palmar, marcha</li> <li>▪ DD: membros semi-fletidos, postura simétrica</li> <li>▪ Tração para sentar: queda significativa cabeça</li> <li>▪ Sentado: dorso curvado com queda cabeça frente</li> <li>▪ Suspensão V: cabeça abaixo corpo e membros semi-fletidos</li> <li>▪ DV: cabeça lado; membros e cotovelos fletidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fixa objeto brilhante ou face humana a 30cm</li> <li>▪ Reação a sons altos e súbitos (qualquer reação é válida)</li> </ul>
<b>Atividades Promotoras do Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Embalar suavemente o bebê</li> <li>▪ Falar e cantar suavemente; usar música suave</li> <li>▪ Falar sobre tudo o que estiver a fazer (vestir, etc.)</li> <li>▪ Comunicar com o bebê olhando-o nos olhos; chamar o bebê pelo nome</li> <li>▪ Estimular o bebê (deixá-lo agarrar no indicador, movimentar bola vermelha, etc.)</li> <li>▪ Dar oportunidade para experimentar cheiros diferentes</li> <li>▪ Fazer massagem corporal suave</li> <li>▪ Oferecer o polegar do bebê para que este se reorganize</li> <li>▪ Evitar ambientes hiperestimulantes</li> </ul>	
<b>Vacinação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ BCG, VHB 1 e Diagnóstico precoce</li> </ul>	
<b>Comportamento/Relação Emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enamoramento dos cuidadores e adaptação familiar</li> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> falta de interesse, desespero, ideação suicida</li> </ul>	
<b>Risco de Maus Tratos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sinais e sintomas de maus tratos</li> </ul>	
<b>Segurança do Ambiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposição fumo tabaco/problemas associados aos consumos nocivos</li> <li>▪ Risco acidentes domésticos, rodoviários e lazer</li> </ul>	
<b>Cuidados Antecipatórios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alimentação (promover aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses)</li> <li>▪ Vitamina D (1x/dia até ao 1º ano vida)</li> <li>▪ Higiene</li> <li>▪ Posição de deitar (DD para prevenção morte súbita)</li> <li>▪ Hábitos de sono</li> <li>▪ Hábitos intestinais e cólicas</li> <li>▪ Desenvolvimento (DV/colo quando acordado; ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Acidentes e segurança (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Temperatura normal e febre</li> <li>▪ Sintomas/sinais de alerta que justificam recorrer aos serviços de saúde (recusa alimentar, gemido, icterícia, prostração, febre, ar sético, etc.)</li> <li>▪ Vacinação (vantagens e reações)</li> <li>▪ Relação emocional (Dificuldade dos cuidadores na relação com o bebê e nas interações familiares)</li> </ul>	
<b>Outras Observações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupações dos pais relativamente à saúde</li> <li>- Intercorrências; frequência das consultas</li> </ul>	

<sup>1</sup> Elaborado com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL <sup>1</sup>		1 Mês		
<b>Avaliação Parâmetros Antropométricos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peso</li> <li>▪ Comprimento/Altura</li> <li>▪ IMC/Percentil</li> <li>▪ Perímetro Cefálico</li> </ul>		
<b>Exame Físico</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação corporal (pulsos, anca, etc.)</li> <li>▪ Visão (teste reflexos fixação e perseguição)</li> </ul>		
<b>Desenvolvimento (4-6 semanas)</b>	<b>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DV: cabeça lado; membros fletidos; cotovelos afastados; nádegas levantadas; tenta levantar a cabeça</li> <li>▪ DD: postura assimétrica; adução MS e extensão do membro contralateral</li> <li>▪ Tração pelas mãos: cabeça cai</li> <li>▪ Sentado: dorso em arco; mãos fechadas</li> <li>▪ Suspensão vertical: cabeça alinhada tronco; membros semi-fletidos</li> </ul>	<b>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Segue bola pendente do lado até linha média</li> </ul>	<b>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pára e pode voltar olhos ao som roca/voz</li> </ul>	<b>COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fixa a face da mãe durante alimentação</li> <li>▪ Sorrido presente às 6 semanas</li> <li>▪ Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> ausência tentativa controlo cabeça na posição sentada; hipertonicidade na posição de pé; não segue face humana; não vira os olhos/cabeça para o som; sem períodos breves de alerta</li> </ul>			
<b>Atividades Promotoras do Desenvolvimento</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Movimentar objetos coloridos e pendurá-los perto rosto</li> <li>▪ Produzir sons suaves e observar a sua atenção</li> <li>▪ Observar a forma como o bebé dorme, acalma, se alimenta e procura auto conforto</li> <li>▪ Conversar com carinho; aprender a tocá-lo e estar em sincronia com o seu comportamento</li> <li>▪ Manter tonalidades de voz diferentes e suaves</li> <li>▪ Mudar periodicamente de posição para proporcionar conforto</li> <li>▪ Fazer massagem corporal suave</li> <li>▪ Evitar ambientes hiperestimulantes</li> </ul>		
<b>Vacinação</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar estado vacinal e atualizá-lo de acordo com o PNV</li> </ul>		
<b>Comportamento/Relação Emocional</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enamoramento dos cuidadores e adaptação familiar</li> <li>▪ Sensibilidade e resposta às manifestações do bebé</li> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> falta de interesse, desespero, ideação suicida</li> </ul>		
<b>Risco de Maus Tratos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sinais e sintomas de maus tratos</li> </ul>		
<b>Segurança do Ambiente</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposição fumo tabaco/problemas associados aos consumos nocivos</li> <li>▪ Risco acidentes domésticos, rodoviários e lazer</li> </ul>		
<b>Cuidados Antecipatórios</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alimentação (promover aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses)</li> <li>▪ Vitamina D (1x/dia até ao 1º ano vida)</li> <li>▪ Posição de deitar</li> <li>▪ Hábitos de sono (ritmo circadiano, ritual de adormecimento proporcionado pelos cuidadores)</li> <li>▪ Hábitos intestinais e cólicas (esclarecer obstipação e cólicas)</li> <li>▪ Desenvolvimento (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Acidentes e segurança (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Sintomas/sinais de alerta</li> <li>▪ Sinais/sintomas comuns (conduta face ao choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, febre)</li> <li>▪ Relação emocional (atividades promotoras do desenvolvimento)</li> </ul>		
<b>Outras Observações</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupações dos pais relativamente à saúde</li> <li>- Intercorrências; frequência das consultas</li> </ul>				

<sup>1</sup> Elaborado com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL <sup>1</sup>				2 Meses
<b>Avaliação Parâmetros Antropométricos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peso</li> <li>▪ Comprimento/Altura</li> <li>▪ IMC/Percentil</li> <li>▪ Perímetro Cefálico</li> </ul>		
<b>Exame Físico</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação corporal (anca, etc.)</li> <li>▪ Visão (teste reflexos fixação e perseguição)</li> </ul>		
<b>Desenvolvimento (4-6 semanas)</b>	<b>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DV: cabeça lado; membros fletidos; cotovelos afastados; nádegas levantadas; tenta levantar a cabeça</li> <li>▪ DD: postura assimétrica; adução MS e extensão do membro contralateral</li> <li>▪ Tração pelas mãos: cabeça cai</li> <li>▪ Sentado: dorso em arco; mãos fechadas</li> <li>▪ Suspensão vertical: cabeça alinhada tronco; membros semi-fletidos</li> </ul>	<b>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Segue bola pendente do lado até linha média</li> </ul>	<b>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pára e pode voltar olhos ao som roca/voz</li> </ul>	<b>COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fixa a face da mãe durante alimentação</li> <li>▪ Sorrido presente às 6 semanas</li> <li>▪ Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> ausência tentativa controlo cabeça na posição sentada; hipertonicidade na posição de pé; não segue face humana; não vira os olhos/cabeça para o som; sem períodos breves de alerta</li> </ul>			
<b>Atividades Promotoras do Desenvolvimento</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Movimentar objetos coloridos e pendurá-los perto rosto</li> <li>▪ Produzir sons suaves e observar a sua atenção</li> <li>▪ Observar a forma como o bebé dorme, acalma, se alimenta e procura auto conforto</li> <li>▪ Conversar com carinho; aprender a tocá-lo e estar em sincronia com o seu comportamento</li> <li>▪ Manter tonalidades de voz diferentes e suaves</li> <li>▪ Mudar periodicamente de posição para proporcionar conforto</li> <li>▪ Fazer massagem corporal suave</li> <li>▪ Evitar ambientes hiperestimulantes</li> </ul>		
<b>Vacinação</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar estado vacinal e atualizá-lo de acordo com o PNV</li> </ul>		
<b>Comportamento/Relação Emocional</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> bebé inconsolável/apático</li> </ul>		
<b>Risco de Maus Tratos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sinais e sintomas de maus tratos</li> </ul>		
<b>Segurança do Ambiente</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposição fumo tabaco/problemas associados aos consumos nocivos</li> <li>▪ Risco acidentes domésticos, rodoviários e lazer</li> </ul>		
<b>Cuidados Antecipatórios</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alimentação (promover aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses)</li> <li>▪ Vitamina D (1x/dia até ao 1º ano vida)</li> <li>▪ Posição de deitar</li> <li>▪ Hábitos de sono (ritual de adormecimento proporcionado pelos cuidadores)</li> <li>▪ Hábitos intestinais e cólicas (esclarecer obstipação e cólicas)</li> <li>▪ Desenvolvimento (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Acidentes e segurança (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Sintomas/sinais de alerta</li> <li>▪ Sinais/sintomas comuns (conduta face ao choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, febre)</li> <li>▪ Vacinação (vantagens e reações)</li> <li>▪ Relação emocional (atividades promotoras do desenvolvimento)</li> </ul>		
<b>Outras Observações</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupações dos pais relativamente à saúde</li> <li>- Intercorrências; frequência das consultas</li> </ul>				

<sup>1</sup> Elaborado com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL <sup>1</sup>				4 Meses
<b>Avaliação Parâmetros Antropométricos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peso</li> <li>▪ Comprimento/Altura</li> <li>▪ IMC/Percentil</li> <li>▪ Perímetro Cefálico</li> </ul>		
<b>Exame Físico</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação corporal</li> </ul>		
<b>Desenvolvimento (3-4 meses)</b>	<b>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</b>	<b>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</b>	<b>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</b>	<b>COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DV: apoio nos antebraços</li> <li>▪ DD: postura simétrica; membros com movimentos ritmados</li> <li>▪ Tração pelas mãos: cabeça ereta e coluna dorsal direita</li> <li>▪ Suspensão ventral: cabeça acima linha corpo</li> <li>▪ De pé: flete os joelhos, não faz apoio plantar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mantém mãos abertas: junta-as na linha média e brinca com elas</li> <li>▪ Segura brevemente a roca e move-a em direção à face (sem coordenação)</li> <li>▪ Segue uma bola pendente ½ círculo horizontalmente</li> <li>▪ Convergência ocular</li> <li>▪ Pestanejo de defesa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atende e volta-se aos sons</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sorriso e movimentos de excitação em resposta a situações familiares</li> <li>▪ Boa resposta social à aproximação de uma face familiar</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> não fixa nem segue objetos; não sorri; sem qualquer controlo da cabeça; mãos sempre fechadas; membros rígidos em repouso; sobressalto ao menor ruído; chora/grita quando se toca; pobreza de movimentos</li> </ul>				
<b>Atividades Promotoras do Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interagir através da fala; usar mímica do rosto; imitar sons</li> <li>▪ Ouvir música suave; dançar em ritmo suave com o bebé ao colo; cantar</li> <li>▪ Mobilizar o bebé, evitando que esteja deitado demasiado tempo na mesma posição</li> <li>▪ Procurar levantá-lo devagar pelas mãos, como se fosse sentá-lo</li> <li>▪ Oferecer objetos para segurar e colocar objetos pendentes para que possa segui-los</li> <li>▪ Desenvolver ritual de apoio na hora de dormir, sem deixar chorar desenfreadamente</li> </ul>			
<b>Vacinação</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar estado vacinal e atualizá-lo de acordo com o PNV</li> </ul>		
<b>Comportamento/Relação Emocional</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> não acalma preferencialmente com a figura de cuidador/ausência de prazer interativo</li> </ul>		
<b>Risco de Maus Tratos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sinais e sintomas de maus tratos</li> </ul>		
<b>Segurança do Ambiente</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposição fumo tabaco/problemas associados aos consumos nocivos</li> <li>▪ Risco acidentes domésticos, rodoviários e lazer</li> </ul>		
<b>Cuidados Antecipatórios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alimentação (promover aleitamento materno exclusivo até aos 6M; em situação de alimentação com LA este deve ser mantido até aos 12M e a diversificação deve ser iniciada aos 4-6M)</li> <li>▪ Orientar a conciliação do aleitamento materno com a atividade profissional</li> <li>▪ Vitamina D (1x/dia até ao 1º ano vida)</li> <li>▪ Saúde oral (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Hábitos de sono (promover a autorregulação do bebé no ritual de adormecimento, diminuindo progressivamente o colo e substituindo-o por modalidades interativas como toque/voz)</li> <li>▪ Hábitos intestinais e cólicas</li> <li>▪ Desenvolvimento (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Acidentes e segurança (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Sintomas/sinais de alerta</li> <li>▪ Sinais/sintomas comuns (conduta face ao choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, febre)</li> <li>▪ Vacinação (vantagens e reações)</li> <li>▪ Vida na creche/ama/outros cuidadores (hábitos e rotinas diários; escolha brinquedos que promovam a manipulação e interação com os cuidadores)</li> <li>▪ Relação emocional (ler o BSIJ com os pais)</li> </ul>			
<b>Outras Observações</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupações dos pais relativamente à saúde</li> <li>- Intercorrências; frequência das consultas</li> </ul>				

<sup>1</sup> Elaborado com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL <sup>1</sup>				6 Meses
<b>Avaliação Parâmetros Antropométricos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peso</li> <li>▪ Comprimento/Altura</li> <li>▪ IMC/Percentil</li> <li>▪ Perímetro Cefálico</li> </ul>		
<b>Exame Físico</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação corporal (anca, etc.)</li> <li>▪ Dentição (verificar estado da erupção dentária)</li> </ul>		
<b>Desenvolvimento</b>	<b>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</b>	<b>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</b>	<b>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</b>	<b>COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DV: apoia-se nas mãos</li> <li>▪ DD: levanta a cabeça; MI na vertical com dedos fletidos</li> <li>▪ Tração pelas mãos: faz força para sentar</li> <li>▪ Mantém-se sentado sem apoio (breves momentos)</li> <li>▪ De pé: faz apoio plantar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tem preensão palmar</li> <li>▪ Leva os objetos à boca</li> <li>▪ Transfere objetos de uma mão para outra</li> <li>▪ Esquece imediatamente o objeto quando este cai</li> <li>▪ Boa convergência (sem estrabismo)</li> <li>▪ Reflexos de proteção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Segue os sons a 45cm do ouvido</li> <li>▪ Vocaliza sons (mono e dissílabos)</li> <li>▪ Dá gargalhadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ É muito ativo, atento e curioso</li> <li>▪ Explora o ambiente e brinquedos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> não olha nem pega em objetos; não reage a sons; não vocaliza; tem desinteresse pelo ambiente; apresenta irritabilidade; revela assimetrias; ausência de controlo da cabeça; MI rígidos: passagem direta para posição pé quando se tenta sentar; estrabismo manifesto e constante</li> </ul>				
<b>Atividades Promotoras do Desenvolvimento</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oferecer brinquedos apropriados (redondos e com cores vivas) para estimular a transferência</li> <li>▪ Sentá-lo com apoio para favorecer a descoberta do meio envolvente</li> <li>▪ Conversar com o bebé para incentivar a que produza novos sons;</li> <li>▪ Colocá-lo num tapete adequado para incentivá-lo a deslocar-se rolando e a pegar em brinquedos que estejam mais longe</li> <li>▪ Proporcionar brincadeiras de interação (ex. espelho) e não prevenir situações que causem frustração</li> <li>▪ Não entrar em conflito durante a refeição (oportunidade de interação sem pressão)</li> <li>▪ Reforçar o ritual de adormecimento</li> </ul>		
<b>Vacinação</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar estado vacinal e atualizá-lo de acordo com o PNV</li> </ul>		
<b>Comportamento/Relação Emocional</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> cuidador não responde aos sinais do bebé</li> </ul>		
<b>Risco de Maus Tratos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sinais e sintomas de maus tratos</li> </ul>		
<b>Segurança do Ambiente</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposição fumo tabaco/problemas associados aos consumos nocivos</li> <li>▪ Risco acidentes domésticos, rodoviários e lazer</li> </ul>		
<b>Cuidados Antecipatórios</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alimentação (promover aleitamento materno exclusivo até aos 6M; em situação de alimentação com LA este deve ser mantido até aos 12M e a diversificação deve ser iniciada aos 4-6M)</li> <li>▪ Orientar a conciliação do aleitamento materno com a atividade profissional</li> <li>▪ Vitamina D (1x/dia até ao 1º ano vida)</li> <li>▪ Saúde oral (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Hábitos de sono (promover a autorregulação do bebé no ritual de adormecimento, diminuindo progressivamente o colo e substituindo-o por modalidades interativas como toque/voz)</li> <li>▪ Hábitos intestinais e cólicas</li> <li>▪ Desenvolvimento (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Acidentes e segurança (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Temperatura normal e febre</li> <li>▪ Sintomas/sinais de alerta</li> <li>▪ Sinais/sintomas comuns (conduta face ao choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, febre)</li> <li>▪ Vacinação (vantagens e reações)</li> <li>▪ Vida na creche/ama/outros cuidadores (hábitos e rotinas diários; escolha brinquedos que promovam a manipulação e interação com os cuidadores)</li> <li>▪ Relação emocional (ler o BSIJ com os pais; reação aos estranhos)</li> </ul>		
<b>Outras Observações</b>				

<sup>1</sup> Elaborado com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL <sup>1</sup>				9 Meses
<b>Avaliação Parâmetros Antropométricos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peso</li> <li>▪ Comprimento/Altura</li> <li>▪ IMC/Percentil</li> <li>▪ Perímetro Cefálico</li> </ul>			
<b>Exame Físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação corporal (verificar testículos nas bolsas e sinais mutilação feminina)</li> <li>▪ Dentição (verificar estado da erupção dentária)</li> </ul>			
<b>Desenvolvimento</b>	<b>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Senta-se sozinho e fica sentado 10-15'</li> <li>▪ Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se</li> <li>▪ Desloca-se no chão rebolando, arrastando ou gatinhando</li> </ul>	<b>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tem preensão e manipulação</li> <li>▪ Leva tudo à boca</li> <li>▪ Aponta e empurra com o indicador</li> <li>▪ Faz pinça fina grosseira</li> <li>▪ Atira objetos ao chão deliberadamente</li> <li>▪ Procura o objeto que caiu ao chão</li> </ul>	<b>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tem reação rápida para os sons perto e longe</li> <li>▪ Localiza sons suaves 90cm abaixo ou acima do nível ouvido</li> <li>▪ Repete várias sílabas ou sons do adulto</li> </ul>	<b>COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leva uma bolacha à boca</li> <li>▪ Mastiga pedaços pequenos</li> <li>▪ Distingue os familiares dos estranhos</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> não olha nem pega em objetos; não reage a sons; não vocaliza/vocaliza monotonamente/perde vocalização; revela assimetrias; não tem equilíbrio sentado; permanece sentado imóvel sem procurar mudar de posição; sem preensão palmar; não leva objetos à boca; é apático/sem relacionamento com familiares; engasga-se com facilidade; com estrabismo</li> </ul>			
<b>Atividades Promotoras do Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oferecer objetos diferentes e afastados para incentivar o posicionamento</li> <li>▪ Colocar objetos em cima da cadeira para incentivar a pôr-se de pé; colocar tapete à volta caso caia</li> <li>▪ Chamar objetos pelo nome; ensinar a colocar dentro e fora da caixa</li> <li>▪ Oferecer papel para amassar e rasgar</li> <li>▪ Dar a experimentar diferentes texturas</li> <li>▪ Oferecer dois objetos e posteriormente um terceiro para que ele “resolva o problema”</li> <li>▪ Brincar ao “esconde”; utilizar brincadeiras de (des)tapar o rosto;</li> <li>▪ Utilizar brincadeiras/jogos repetitivos (bater palmas, acenar) e de imitação (sons animais, mímica)</li> <li>▪ Ser firme e terno no não</li> <li>▪ Realizar massagem</li> </ul>			
<b>Vacinação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar estado vacinal e atualizá-lo de acordo com o PNV</li> </ul>			
<b>Comportamento/Relação Emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> não faz “gracinhas” e não procura preferencialmente a proximidade do cuidador principal</li> </ul>			
<b>Risco de Maus Tratos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sinais e sintomas de maus tratos</li> </ul>			
<b>Segurança do Ambiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposição fumo tabaco/problemas associados aos consumos nocivos</li> <li>▪ Risco acidentes domésticos, rodoviários e lazer</li> </ul>			
<b>Cuidados Antecipatórios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alimentação (manter diversificação alimentar)</li> <li>▪ Orientar a conciliação do aleitamento materno com a atividade profissional</li> <li>▪ Vitamina D (1x/dia até ao 1º ano vida)</li> <li>▪ Saúde oral (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Hábitos de sono (promover a autorregulação do bebé no ritual de adormecimento, diminuindo progressivamente o colo e substituindo-o por modalidades interativas como toque/voz)</li> <li>▪ Hábitos intestinais e cólicas</li> <li>▪ Desenvolvimento (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Acidentes e segurança (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Vida na creche/ama/outros cuidadores (hábitos e rotinas diários)</li> <li>▪ Relação emocional (ler o BSIJ com os pais; cama/quarto próprios; estimular associação palavras)</li> </ul>			
<b>Outras Observações</b>				

<sup>1</sup> Elaborado com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL <sup>1</sup>				12 Meses
<b>Avaliação Parâmetros Antropométricos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peso</li> <li>▪ Comprimento/Altura</li> <li>▪ IMC/Percentil</li> <li>▪ Perímetro Cefálico</li> </ul>		
<b>Exame Físico</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação corporal (anca; verificar testículos nas bolsas e sinais mutilação feminina)</li> <li>▪ Dentição (verificar estado dentário)</li> </ul>		
<b>Desenvolvimento</b>	POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	VISÃO E MOTRICIDADE FINA	AUDIÇÃO E LINGUAGEM	COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Passa de DD a sentado</li> <li>▪ Tem equilíbrio sentado de forma permanente</li> <li>▪ Gatinha/move-se no ambiente</li> <li>▪ Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Explora com energia e atira os objetos sistematicamente ao chão</li> <li>▪ Procura objeto escondido</li> <li>▪ Tem interesse visual para perto e longe</li> <li>▪ Pinça fina perfeita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tem reação rápida aos sons suaves mas habitua-se depressa</li> <li>▪ Reconhece o nome e volta-se</li> <li>▪ Tem <i>jargão</i></li> <li>▪ Compreende ordens simples</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bebe pelo copo com pouca ajuda</li> <li>▪ Segura a colher mas não a usa</li> <li>▪ Colabora no vestir levantando os braços</li> <li>▪ Muito dependente do adulto</li> <li>▪ Demonstra afeto e solicita atenção</li> <li>▪ Compreende uso objetos diários</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> não pega em objetos ou fá-lo só com uma mão; não brinca; não responde à voz; não estabelece contacto; não aguenta o peso nas pernas; permanece imóvel sem procurar mudar de posição; apresenta assimetrias; não mastiga</li> </ul>			
<b>Atividades Promotoras do Desenvolvimento</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover a aquisição das capacidades motoras</li> <li>▪ Deixar a criança tomar algumas decisões visando a segurança</li> <li>▪ Reagir calmamente e com firmeza às birras</li> <li>▪ Manter os rituais de sono</li> <li>▪ Não entrar em conflito na hora da refeição</li> <li>▪ Estimular as tarefas/ordens simples e dar reforço positivo após a sua realização</li> <li>▪ Oferecer cubos e/ou vários objetos para as mãos</li> <li>▪ Falar sobre as separações com antecedência progressiva e cumprir as promessas</li> <li>▪ Evitar pressões para o controlo esfíncteriano</li> <li>▪ Incentivar para que a criança verbalize os pedidos, mesmo sabendo o que ela deseja</li> <li>▪ Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança</li> </ul>		
<b>Vacinação</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar estado vacinal e atualizá-lo de acordo com o PNV</li> </ul>		
<b>Comportamento/Relação Emocional</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> dificuldade do bebé em estabelecer relações diferenciadas e em explorar</li> </ul>		
<b>Risco de Maus Tratos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sinais e sintomas de maus tratos</li> </ul>		
<b>Segurança do Ambiente</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposição fumo tabaco/problemas associados aos consumos nocivos</li> <li>▪ Risco acidentes domésticos, rodoviários e lazer</li> </ul>		
<b>Cuidados Antecipatórios</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alimentação (anorexia fisiológica do segundo ano vida)</li> <li>▪ Saúde oral (ler o BSIJ com os pais; escovagem dentária 2x/dia)</li> <li>▪ Desenvolvimento (estimular a linguagem compreensiva e expressiva (conversas, canções, livros, etc.))</li> <li>▪ Relação emocional/comportamento/perturbações (ler o BSIJ com os pais; afirmação da personalidade, birras e regras sociais; reforço positivo da capacidade exploratória do bebé)</li> <li>▪ Acidentes e segurança (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Calçado (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Estilos vida saudáveis (brincar, passear, dormir)</li> <li>▪ Vida na creche/ama/outros cuidadores (hábitos e rotinas diários)</li> <li>▪ Vacinação (vantagens e reações)</li> </ul>		
<b>Outras Observações</b>				

<sup>1</sup> Elaborado com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL <sup>1</sup>				15 Meses
<b>Avaliação Parâmetros Antropométricos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peso</li> <li>▪ Comprimento/Altura</li> <li>▪ IMC/Percentil</li> <li>▪ Perímetro Cefálico</li> </ul>			
<b>Exame Físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação corporal (anca; etc.)</li> <li>▪ Dentição (verificar estado dentário)</li> </ul>			
<b>Desenvolvimento</b>	POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	VISÃO E MOTRICIDADE FINA	AUDIÇÃO E LINGUAGEM	COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar consolidação das aquisições dos 12M</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar consolidação das aquisições dos 12M</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comunica os seus desejos ou necessidades apontando ou vocalizando</li> <li>▪ Verificar consolidação das aquisições dos 12M</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar consolidação das aquisições dos 12M</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> não ter as aquisições dos 12M consolidadas (não pega em objetos ou fá-lo só com uma mão; não brinca; não responde à voz; não estabelece contacto; não aguenta o peso nas pernas; permanece imóvel sem procurar mudar de posição; apresenta assimetrias; não mastiga)</li> </ul>			
<b>Atividades Promotoras do Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manter atividades idênticas aos 12M</li> </ul>			
<b>Vacinação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar estado vacinal e atualizá-lo de acordo com o PNV</li> </ul>			
<b>Comportamento/ Relação Emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procura o cuidador como “base estável” quando algo a perturba</li> </ul>			
<b>Risco de Maus Tratos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sinais e sintomas de maus tratos</li> </ul>			
<b>Segurança do Ambiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposição fumo tabaco/problemas associados aos consumos nocivos</li> <li>▪ Risco acidentes domésticos, rodoviários e lazer</li> </ul>			
<b>Cuidados Antecipatórios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alimentação (restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos e gorduras)</li> <li>▪ Saúde oral (ler o BSIJ com os pais; escovagem dentária 2x/dia)</li> <li>▪ Desenvolvimento (estimular a linguagem compreensiva e expressiva (conversas, canções, livros, etc.))</li> <li>▪ Relação emocional/comportamento/perturbações (ler o BSIJ com os pais; afirmação da personalidade, birras e regras sociais; independência, ansiedade de separação e terrores noturnos; promover o equilíbrio entre necessidade autonomia e proteção da criança)</li> <li>▪ Acidentes e segurança (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Calçado (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Estilos vida saudáveis (brincar, passear, dormir)</li> <li>▪ Vida na creche/ama/outros cuidadores (hábitos e rotinas diários)</li> </ul>			
<b>Outras Observações</b>				

<sup>1</sup> Elaborado com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL <sup>1</sup>				18 Meses
<b>Avaliação Parâmetros Antropométricos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peso</li> <li>▪ Comprimento/Altura</li> <li>▪ IMC/Percentil</li> <li>▪ Perímetro Cefálico</li> </ul>		
<b>Exame Físico</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação corporal (anca; verificar testículos nas bolsas e sinais mutilação feminina)</li> <li>▪ Dentição (verificar estado dentário)</li> </ul>		
<b>Desenvolvimento</b>	POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	VISÃO E MOTRICIDADE FINA	AUDIÇÃO E LINGUAGEM	COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anda bem</li> <li>▪ Apanha brinquedos do chão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constrói torre 3 cubos (após demonstração)</li> <li>▪ Faz rabiscos (preferência uma mão)</li> <li>▪ Interesse por livro bonecos e vira várias páginas de cada vez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usa 6-26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais</li> <li>▪ Identifica em si ou num boneco os olhos, cabelo, nariz e sapatos</li> <li>▪ Controlo de salivação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bebe por um copo sem entornar muito e levanta-o com ambas as mãos</li> <li>▪ Segura a colher e leva alimentos à boca</li> <li>▪ Não gosta que lhe peguem</li> <li>▪ Exige muita atenção</li> <li>▪ Indica necessidade de ir à casa de banho</li> <li>▪ Começa a copiar atividades domésticas</li> <li>▪ Já não leva objetos à boca</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> não se põe de pé/não suporta peso sobre as pernas; anda sempre na ponta dos pés; revela assimetrias; não faz pinça fina; não responde quando o chamam; não vocaliza espontaneamente; não se interessa pelo o que o rodeia/não estabelece contacto; deita objetos fora ou leva-os sistematicamente à boca; tem estrabismo</li> </ul>		
<b>Atividades Promotoras do Desenvolvimento</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ensinar a guardar os brinquedos</li> <li>▪ Pedir para olhar e repetir o nome das partes do corpo</li> <li>▪ Ensinar a rabiscar em diferentes texturas (estimular destreza manual e área sensorial)</li> <li>▪ Demonstrar os perigos; Elogiar quando for capaz de realizar algo sozinha</li> <li>▪ Continuar a incentivar o convívio; Realizar atividades com música e dança</li> </ul>		
<b>Vacinação</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar estado vacinal e atualizá-lo de acordo com o PNV</li> </ul>		
<b>Comportamento/Relação Emocional</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> não se interessa por outras crianças; não aponta com o indicador; não imita o adulto; não olha quando chamam pelo nome; não acompanha com o olhar quando se aponta para algo</li> <li>▪ Despistar alterações significativas de vida/fatores de risco (nascimento irmãos; situação de luto)</li> </ul>		
<b>Risco de Maus Tratos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sinais e sintomas de maus tratos</li> </ul>		
<b>Segurança do Ambiente</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposição fumo tabaco/problemas associados aos consumos nocivos</li> <li>▪ Risco acidentes domésticos, rodoviários e lazer</li> </ul>		
<b>Cuidados Antecipatórios</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alimentação (restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos e gorduras)</li> <li>▪ Saúde oral (ler o BSII com os pais; escovagem dentária 2x/dia; desmame do biberão e leite ao adormecer – estimular outro ritual de adormecimento)</li> <li>▪ Desenvolvimento (estimular a linguagem compreensiva e expressiva (conversas, canções, livros, etc.); aprendizagem de regras e rotinas quotidianas)</li> <li>▪ Relação emocional/comportamento/perturbações (ler o BSII com os pais; afirmação da personalidade, birras e regras sociais; independência, ansiedade de separação e terrores noturnos; assegurar o cumprimento de regras/limites sem cedência a “chantagens”)</li> <li>▪ Acidentes e segurança (ler o BSII com os pais; consultar regras transporte de crianças em automóvel)</li> <li>▪ Estilos vida saudáveis (brincar, desenhar, hábitos TV/vídeos, ritual adormecimento)</li> <li>▪ Controlo de esfíncteres (ler o BSII com os pais)</li> <li>▪ Vida na creche/ama/outros cuidadores (hábitos e rotinas diários)</li> </ul>		
<b>Outras Observações</b>				

<sup>1</sup> Elaborado com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL <sup>1</sup>				2 Anos
<b>Avaliação Parâmetros Antropométricos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peso</li> <li>▪ Comprimento/Altura</li> <li>▪ IMC/Percentil</li> <li>▪ Perímetro Cefálico</li> </ul>			
<b>Exame Físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação corporal (anca; verificar testículos nas bolsas e sinais mutilação feminina)</li> <li>▪ Dentição (verificar estado dentário)</li> </ul>			
<b>Desenvolvimento</b>	<b>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Corre com segurança, evitando obstáculos</li> <li>▪ Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau</li> <li>▪ Apoia-se no corrimão/ parede</li> </ul>	<b>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definição lateralidade</li> <li>▪ Constrói torre 6/7 cubos</li> <li>▪ Imita rabisco circular e linha vertical (após demonstração)</li> <li>▪ Interesse por livros; reconhece detalhes e nomeia figuras</li> <li>▪ Vira uma página de cada vez</li> <li>▪ Testar visão binocular</li> </ul>	<b>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diz o primeiro nome</li> <li>▪ Fala sozinho enquanto brinca</li> <li>▪ Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas</li> <li>▪ Apresenta linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares</li> <li>▪ Nomeia objetos, familiares e figuras</li> </ul>	<b>COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coloca o chapéu e os sapatos</li> <li>▪ Usa bem a colher</li> <li>▪ Bebe pelo copo e coloca-o no lugar sem entornar</li> <li>▪ Jogo simbólico</li> <li>▪ Jogo paralelo</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> não anda sozinho; não compreende o que se lhe diz; não pronuncia palavras inteligíveis; não estabelece contacto; não se interessa pelo ambiente envolvente; não imita; deita objetos fora; não constrói nada; tem estrabismo</li> </ul>			
<b>Atividades Promotoras do Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporcionar brincadeiras de estimulação da coordenação motora</li> <li>▪ Estimular o controlo de esfíncteres se tiver desenvolvido a competência da fala</li> <li>▪ Estimular arrumação, imitação e declínio do negativismo</li> <li>▪ Ajudar a pronunciar palavras através do estímulo positivo</li> <li>▪ Utilizar diferentes materiais e texturas (tintas; puzzles)</li> <li>▪ Contar histórias e utilizar o jogo simbólico</li> <li>▪ Pedir para ajudar em pequenas tarefas diárias</li> <li>▪ Dar oportunidade de emitir o próprio pensamento e desejo, mas mantendo limites</li> </ul>			
<b>Vacinação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar estado vacinal e atualizá-lo de acordo com o PNV</li> </ul>			
<b>Comportamento/ Relação Emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> incapacidade do cuidador em impor regras/limites (avaliar se tal se repete nos restantes contextos)</li> <li>▪ Despistar alterações significativas de vida/fatores de risco (nascimento irmãos; situação de luto)</li> </ul>			
<b>Rastreio de Dislipidémias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Em situações particulares, de acordo com AF e AP</li> <li>▪ Quando não há critérios fazer “rastreio oportunista”</li> </ul>			
<b>Risco de Maus Tratos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sinais e sintomas de maus tratos</li> </ul>			
<b>Segurança do Ambiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposição fumo tabaco/problemas associados aos consumos nocivos</li> <li>▪ Risco acidentes domésticos, rodoviários e lazer</li> </ul>			
<b>Cuidados Antecipatórios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alimentação (restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos e gorduras)</li> <li>▪ Saúde oral (ler o BSIJ com os pais; escovagem dentária 2x/dia; desmame da chucha)</li> <li>▪ Desenvolvimento (estimular a linguagem compreensiva e expressiva (conversas, canções, livros, etc.))</li> <li>▪ Relação emocional/comportamento/perturbações (ler o BSIJ com os pais; independência, ansiedade de separação e terrores noturnos; assegurar o cumprimento de regras/limites sem cedência a “chantagens”; adaptação e socialização no infantário)</li> <li>▪ Acidentes e segurança (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Estilos vida saudáveis (brincar, desenhar, hábitos TV/vídeos, ritual adormecimento)</li> <li>▪ Controlo de esfíncteres</li> <li>▪ Vida na creche/ama/outros cuidadores (hábitos e rotinas diários)</li> </ul>			
<b>Outras Observações</b>				

<sup>1</sup> Elaborado com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL <sup>1</sup>				3 Anos
<b>Avaliação Parâmetros Antropométricos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peso</li> <li>▪ Comprimento/Altura</li> <li>▪ IMC/Percentil</li> <li>▪ TA</li> </ul>			
<b>Exame Físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação corporal</li> <li>▪ Dentição (verificar estado dentário)</li> </ul>			
<b>Desenvolvimento</b>	<b>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tem equilíbrio momentâneo num pé</li> <li>▪ Sobe escadas alternadamente</li> <li>▪ Desce com os dois pés no mesmo degrau</li> <li>▪ Atira bola acima da linha ombro</li> </ul>	<b>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constrói torre 9 cubos</li> <li>▪ Imita/copia a ponte 3 cubos</li> <li>▪ Copia o círculo</li> <li>▪ Imita a cruz</li> <li>▪ Combina 2 cores (confunde azul/verde)</li> <li>▪ Desenha figura humana (cabeça mais 2 partes)</li> <li>▪ Testar visão binocular</li> </ul>	<b>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diz o nome completo e sexo</li> <li>▪ Tem vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos</li> <li>▪ Tem defeitos de articulação e imaturidade na linguagem</li> </ul>	<b>COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pode despir-se se lhe desabotoarem o vestuário</li> <li>▪ Vai sozinho à casa de banho</li> <li>▪ Come com colher e garfo</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> anda em pontas de pés sistematicamente; não constrói nada; linguagem incompreensível</li> </ul>			
<b>Atividades Promotoras do Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover atividade lúdicas físicas (saltar, correr, pular, andar triciclo)</li> <li>▪ Pedir para contar histórias ou algo que já fez; incentivar a fantasiar</li> <li>▪ Dar responsabilidades (aceitar a forma de resolução)</li> <li>▪ Não trazer a criança para a realidade quando está no seu mundo imaginário</li> <li>▪ Conduzir rituais de sono de forma regrada</li> <li>▪ Fase dos “porquês”</li> <li>▪ Não ridicularizar comportamentos</li> <li>▪ Promover a partilha de brinquedos (ingresso no jardim de infância)</li> <li>▪ Acompanhamento de programas televisivos</li> </ul>			
<b>Vacinação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar estado vacinal e atualizá-lo de acordo com o PNV</li> </ul>			
<b>Comportamento/ Relação Emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> dificuldade extrema em separar-se do cuidador; perturbações alimentares graves; insónia grave</li> <li>▪ Despistar alterações significativas de vida/fatores de risco (nascimento irmãos; situação de luto)</li> </ul>			
<b>Rastreio de Dislipidémias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Em situações particulares, de acordo com AF e AP</li> <li>▪ Quando não há critérios fazer “rastreio oportunista”</li> </ul>			
<b>Risco de Maus Tratos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sinais e sintomas de maus tratos</li> </ul>			
<b>Segurança do Ambiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposição fumo tabaco/problemas associados aos consumos nocivos</li> <li>▪ Risco acidentes domésticos, rodoviários e lazer</li> </ul>			
<b>Cuidados Antecipatórios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alimentação (ler o BSIJ com os pais; restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos e gorduras)</li> <li>▪ Saúde oral (ler o BSIJ com os pais; escovagem dentária 2x/dia)</li> <li>▪ Desenvolvimento (ler o BSIJ com os pais; sexualidade: reconhecimento de diferenças e semelhanças)</li> <li>▪ Relação emocional/comportamento/perturbações (ler o BSIJ com os pais; assegurar o cumprimento de regras/limites sem cedência a “chantagens”; adaptação e socialização no infantário; negativismos, birras, ciúmes, rivalidade e relacionamento com outras crianças; equidade de género; medos, terrores noturnos e pesadelos)</li> <li>▪ Acidentes e segurança (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Estilos vida saudáveis (brincar, desenhar, hábitos TV/vídeos, ritual adormecimento)</li> <li>▪ Controlo de esfíncteres</li> <li>▪ Vida na creche/ama/outros cuidadores (hábitos e rotinas diários)</li> </ul>			
<b>Outras Observações</b>				

<sup>1</sup> Elaborado com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL <sup>1</sup>				4 Anos
<b>Avaliação Parâmetros Antropométricos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peso</li> <li>▪ Altura</li> <li>▪ IMC/Percentil</li> <li>▪ TA</li> </ul>			
<b>Exame Físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação corporal</li> <li>▪ Dentição (verificar estado dentário)</li> </ul>			
<b>Desenvolvimento</b>	POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	VISÃO E MOTRICIDADE FINA	AUDIÇÃO E LINGUAGEM	COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fica num pé sem apoio 3-5''</li> <li>▪ Sobre e desce escadas alternadamente</li> <li>▪ Salta num pé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constrói escadas 6 cubos</li> <li>▪ Copia a cruz</li> <li>▪ Combina e nomeia 4 cores básicas</li> <li>▪ Desenha a figura humana (cabeça, tronco e membros)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sabe nome completo, idade, sexo e morada</li> <li>▪ Linguagem compreensível (domínio consoantes, divisão silábica, fluência discurso, conta história)</li> <li>▪ Tem apenas algumas substituições infantis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pode vestir-se e despir-se (excepto abotoar atrás e dar laços)</li> <li>▪ Gosta brincar com crianças sua idade</li> <li>▪ Sabe esperar pela sua vez</li> <li>▪ Jogo imaginativo/narrativo</li> </ul>
<b>Atividades Promotoras do Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover construções com legos/puzzles e brincadeiras com movimento físico</li> <li>▪ Estimular o desenho da figura humana</li> <li>▪ Incentivar brincadeiras que envolvam distinção cores</li> <li>▪ Ensinar canções e versos</li> <li>▪ Estimular realização de tarefas (mesmo que simbólicos); mostrar as sequências das atividades</li> <li>▪ Dar oportunidade para verbalização das suas vontades; aceitar sensibilidade, avanços e recuos</li> <li>▪ Auxiliar na diferenciação entre emoção e ação (consciência moral/solidariedade humana)</li> <li>▪ Proporcionar oportunidades para transmitir mensagens a outra pessoa</li> <li>▪ Não entrar em pormenores sobre sexualidade</li> <li>▪ Reforçar necessidade de impor regras/limites e não ceder à “chantagem”</li> </ul>			
<b>Vacinação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar estado vacinal e atualizá-lo de acordo com o PNV</li> </ul>			
<b>Comportamento/Relação Emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> agitação psicomotora desadequada; não termina nenhuma tarefa</li> </ul>			
<b>Rastreio de Dislipidémias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Em situações particulares, de acordo com AF e AP</li> <li>▪ Quando não há critérios fazer “rastreio oportunista”</li> </ul>			
<b>Risco de Maus Tratos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sinais e sintomas de maus tratos</li> </ul>			
<b>Segurança do Ambiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposição fumo tabaco/problemas associados aos consumos nocivos</li> <li>▪ Risco acidentes domésticos, rodoviários e lazer</li> </ul>			
<b>Cuidados Antecipatórios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alimentação (ler o BSIJ com os pais; restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos e gorduras; reforçar necessidade de pequeno-almoço e lanche da manhã)</li> <li>▪ Saúde oral (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Infantário/Escola (adaptação e socialização)</li> <li>▪ Desenvolvimento (estimular percepção de lateralidade; estimular criatividade e hábitos de leitura; racionalizar hábitos de TV/computador/vídeo-jogos/outras tecnologias)</li> <li>▪ Relação emocional/comportamento/perturbações (ler o BSIJ com os pais; ter atenção sintomas instabilidade psicomotora nos diferentes contextos)</li> <li>▪ Acidentes e segurança (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Atividades desportivas/lazer (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Hábitos de sono/controlo esfíncteres (enurese noturna e encoprese)</li> </ul>			
<b>Outras Observações</b>				

<sup>1</sup> Elaborado com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL <sup>1</sup>				5 Anos
<b>Avaliação Parâmetros Antropométricos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peso</li> <li>▪ Altura</li> <li>▪ IMC/Percentil</li> <li>▪ TA</li> </ul>			
<b>Exame Físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação corporal (Postura)</li> <li>▪ Dentição (verificar estado dentário)</li> </ul>			
<b>Exame Global de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ligação com Saúde Escolar</li> </ul>			
<b>Desenvolvimento</b>	POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	VISÃO E MOTRICIDADE FINA	AUDIÇÃO E LINGUAGEM	COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fica num pé 8-10'' com os braços cruzados</li> <li>▪ Salta alternadamente num pé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constrói 4 degraus com 10 cubos</li> <li>▪ Copia o quadrado e o triângulo</li> <li>▪ Conta cinco dedos de uma mão</li> <li>▪ Nomeia 4 cores e combina até 10</li> <li>▪ Desenha a figura humana (cabeça com pormenores, tronco e membros)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sabe nome completo, idade, morada e data nascimento</li> <li>▪ Vocabulário fluente e articulação correta</li> <li>▪ Linguagem compreensível (domínio consoantes, divisão silábica, fluência discurso, conta história)</li> <li>▪ Identifica nome próprio, primeira letra do nome, as vogais e algumas consoantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Veste-se sozinho</li> <li>▪ Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho</li> <li>▪ Escolhe os amigos</li> <li>▪ Compreende as regras do jogo</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> linguagem incompreensível (sem fluência, muitas substituições fonéticas, gaguez); é hiperativo/distraído ou tem dificuldade de concentração; tem estrabismo ou suspeita défice visual; apresenta perturbações do comportamento</li> </ul>			
<b>Atividades Promotoras do Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Selecionar programas televisivos/computador e definir tempos e horários</li> <li>▪ Não ridicularizar os presumíveis medos/pesadelos/fobias e ajudar a resolver o sentimento de impotência</li> <li>▪ Manter atividades que promovam desenvolver a área motora</li> <li>▪ Ensinar a recortar e colar formas geométricas de vários tamanhos e formar figuras</li> <li>▪ Pedir para explicar significado de palavras simples e estimular o questionar daquelas que não conhece</li> <li>▪ Continuar a proporcionar tarefas de responsabilidade (ajudar em casa, dar recados)</li> <li>▪ Inculcar regras, impor limites e ajudar a lidar com impulsos (roubo, mentira)</li> <li>▪ Promover a participação em jogos que estimulem a personalidade (timidez, submissão, vaidade, liderança, etc.)</li> </ul>			
<b>Vacinação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar estado vacinal e atualizá-lo de acordo com o PNV</li> </ul>			
<b>Comportamento/ Relação Emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> agressividade; violência e oposição persistentes; birras inexplicáveis e desadequadas; ansiedade, preocupação e medos excessivos; dificuldade em adormecer/pesadelos muito frequentes; dificuldades na socialização – isolamento ou relacionamento desadequado com pares/adultos</li> </ul>			
<b>Risco de Maus Tratos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sinais e sintomas de maus tratos</li> </ul>			
<b>Segurança do Ambiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposição fumo tabaco/problemas associados aos consumos nocivos</li> <li>▪ Risco acidentes domésticos, rodoviários e lazer</li> </ul>			

<sup>1</sup> Elaborado com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

**GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL**5 Anos  
(cont.)**Cuidados  
Antecipatórios**

- Alimentação (ler o BSIJ com os pais; restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos e gorduras; reforçar necessidade de pequeno-almoço e lanche da manhã)
- Saúde oral (ler o BSIJ com os pais)
- Infantário/Escola (adaptação e socialização; preparação da entrada para a escola – adaptação ao meio escolar, promoção do sucesso escolar, postura correta)
- Desenvolvimento (estimular criatividade e hábitos de leitura; racionalizar hábitos de TV/computador/vídeo-jogos/outras tecnologias)
- Relação emocional/comportamento/perturbações (ler o BSIJ com os pais; ter atenção sintomas instabilidade psicomotora nos diferentes contextos; competitividade e prazer em jogos de regras)
- Acidentes e segurança (caminho e transporte escolar, quedas, intoxicações, afogamentos e queimaduras)
- Atividades desportivas/lazer (ler o BSIJ com os pais)
- Hábitos de sono (horas sono adequadas; valorizar dificuldades em adormecer e pesadelos frequentes)

**Outras Observações**

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL <sup>1</sup>		6-7 Anos		
<b>Avaliação Parâmetros Antropométricos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peso</li> <li>▪ Altura</li> <li>▪ IMC/Percentil</li> <li>▪ TA</li> </ul>			
<b>Exame Físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação corporal (Postura)</li> <li>▪ Dentição (verificar estado dentário e utilização do cheque-dentista/registos de HO no BSII)</li> <li>▪ Visão (rastreo segundo “Boas Práticas em Oftalmologia”)</li> <li>▪ Audição (Teste voz ciciada)</li> </ul>			
<b>Desenvolvimento</b>	POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	VISÃO E MOTRICIDADE FINA	AUDIÇÃO E LINGUAGEM	COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fica num pé 8-10” com os braços cruzados</li> <li>▪ Salta alternadamente num pé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constrói 4 degraus com 10 cubos</li> <li>▪ Copia o quadrado e o triângulo</li> <li>▪ Conta cinco dedos de uma mão</li> <li>▪ Nomeia 4 cores e combina até 10</li> <li>▪ Desenha a figura humana (cabeça com pormenores, tronco e membros)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sabe nome completo, idade, morada e data nascimento</li> <li>▪ Vocabulário fluente e articulação correta</li> <li>▪ Linguagem compreensível (domínio consoantes, divisão silábica, fluência discurso, conta história)</li> <li>▪ Identifica nome próprio, primeira letra do nome, as vogais e algumas consoantes</li> <li>▪ Sabe escrever nome completo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Veste-se sozinho</li> <li>▪ Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho</li> <li>▪ Escolhe os amigos</li> <li>▪ Compreende as regras do jogo</li> <li>▪ Gosta da escola</li> <li>▪ Gosta de livros de história</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> linguagem incompreensível (sem fluência, muitas substituições fonéticas, gaguez); demora muito tempo a fazer os trabalhos na escola e em casa/só faz com ajuda</li> </ul>			
<b>Atividades Promotoras do Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Selecionar programas televisivos/computador e definir tempos e horários</li> <li>▪ Não ridicularizar os presumíveis medos/pesadelos/fobias e ajudar a resolver o sentimento de impotência</li> <li>▪ Manter atividades que promovam desenvolver a área motora</li> <li>▪ Ensinar a recortar e colar formas geométricas de vários tamanhos e formar figuras</li> <li>▪ Pedir para explicar significado de palavras simples e estimular o questionar daquelas que não conhece</li> <li>▪ Continuar a proporcionar tarefas de responsabilidade (ajudar em casa, dar recados)</li> <li>▪ Incutir regras, impor limites e ajudar a lidar com impulsos (roubo, mentira)</li> <li>▪ Promover a participação em jogos que estimulem a personalidade (timidez, submissão, vaidade, liderança, etc.)</li> </ul>			
<b>Vacinação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar estado vacinal e atualizá-lo de acordo com o PNV</li> </ul>			
<b>Comportamento/ Relação Emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> agitação psicomotora desadequada; não termina nenhuma tarefa; agressividade; violência e oposição persistentes; birras inexplicáveis e desadequadas; ansiedade, preocupação e medos excessivos; dificuldade em adormecer/pesadelos muito frequentes; dificuldades na socialização – isolamento ou relacionamento desadequado com pares/adultos; valorizar enurese noturna/encoprese; dificuldades aprendizagem sem défice cognitivo/fatores pedagógicos adversos; recusa escolar; somatizações persistentes</li> </ul>			
<b>Risco de Maus Tratos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sinais e sintomas de maus tratos</li> </ul>			
<b>Segurança do Ambiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposição fumo tabaco/problemas associados aos consumos nocivos</li> <li>▪ Risco acidentes domésticos, rodoviários e lazer</li> </ul>			

<sup>1</sup> Elaborado com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

**GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL**6-7 Anos  
(cont.)**Cuidados  
Antecipatórios**

- Alimentação (ler o BSIJ com os pais; restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos e gorduras; reforçar necessidade de pequeno-almoço e lanche da manhã)
- Saúde oral (ler o BSIJ com os pais; referência HO; introduzir a utilização do fio dentário)
- Infantário/Escola (adaptação e socialização)
- Desenvolvimento (estimular criatividade e hábitos de leitura; racionalizar hábitos de TV/computador/vídeo-jogos/outras tecnologias)
- Relação emocional/comportamento/perturbações (ler o BSIJ com os pais; ter atenção sintomas instabilidade psicomotora nos diferentes contextos; competitividade e prazer em jogos de regras)
- Acidentes e segurança (caminho e transporte escolar, quedas, intoxicações, afogamentos e queimaduras)
- Atividades desportivas/lazer (ler o BSIJ com os pais)
- Hábitos de sono (horas sono adequadas; valorizar dificuldades em adormecer e pesadelos frequentes)

**Outras Observações**

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL <sup>1</sup>		8 Anos
<b>Avaliação Parâmetros Antropométricos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peso</li> <li>▪ Altura</li> <li>▪ IMC/Percentil</li> <li>▪ TA</li> </ul>	
<b>Exame Físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação corporal (Postura)</li> <li>▪ Dentição (verificar estado dentário)</li> <li>▪ Visão (rastreamento segundo “Boas Práticas em Oftalmologia”)</li> <li>▪ Audição (Teste voz ciciada)</li> </ul>	
<b>Linguagem/Dificuldades Aprendizagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Linguagem compreensível (domínio consoantes, divisão silábica, fluência discurso, conta história); sabe escrever nome completo; identifica letras do alfabeto; gosta da escola; gosta de livros de histórias</li> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> demora muito tempo a fazer os trabalhos na escola e em casa/só faz com ajuda</li> </ul>	
<b>Vacinação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar estado vacinal e atualizá-lo de acordo com o PNV</li> </ul>	
<b>Comportamento/Relação Emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>SINAIS ALERTA:</b> agitação psicomotora desadequada; não termina nenhuma tarefa; agressividade; violência e oposição persistentes; birras inexplicáveis e desadequadas; ansiedade, preocupação e medos excessivos; dificuldade em adormecer/pesadelos muito frequentes; dificuldades na socialização – isolamento ou relacionamento desadequado com pares/adultos; valorizar enurese noturna/encoprese; dificuldades aprendizagem sem défice cognitivo/fatores pedagógicos adversos; recusa escolar; somatizações persistentes</li> </ul>	
<b>Risco de Maus Tratos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sinais e sintomas de maus tratos</li> </ul>	
<b>Segurança do Ambiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposição fumo tabaco/problemas associados aos consumos nocivos</li> <li>▪ Risco acidentes domésticos, rodoviários e lazer</li> </ul>	
<b>Cuidados Antecipatórios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alimentação (ler o BSIJ com os pais; restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos e gorduras; reforçar necessidade de pequeno-almoço e lanche da manhã)</li> <li>▪ Saúde oral (ler o BSIJ com os pais; verificar registos de HO no BSIJ)</li> <li>▪ Infantil/Escola (adaptação e socialização)</li> <li>▪ Desenvolvimento (estimular criatividade e hábitos de leitura; racionalizar hábitos de TV/computador/vídeo-jogos/outras tecnologias)</li> <li>▪ Relação emocional/comportamento/perturbações (ler o BSIJ com os pais; competitividade e prazer em jogos de regras)</li> <li>▪ Acidentes e segurança (caminho e transporte escolar, quedas, intoxicações, afogamentos e queimaduras)</li> <li>▪ Atividades desportivas/lazer (ler o BSIJ com os pais)</li> <li>▪ Hábitos de sono (horas sono adequadas; valorizar dificuldades em adormecer e pesadelos frequentes)</li> </ul>	
<b>Outras Observações</b>		

<sup>1</sup> Elaborado com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

<b>GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL<sup>1</sup></b>		10 Anos
<b>Avaliação Parâmetros Antropométricos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peso e Altura</li> <li>▪ IMC/Percentil</li> <li>▪ TA</li> </ul>	
<b>Exame Físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação corporal (Postura)</li> <li>▪ Dentição (verificar estado dentário e gengival e utilização do cheque-dentista/registos de HO no BSIJ)</li> <li>▪ Visão (fazer avaliação oftalmológica se houver fatores risco ou diminuição da visão)</li> <li>▪ Audição</li> <li>▪ Pele (acne, hirsutismo)</li> </ul>	
<b>Estádio Pubertário</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estádios de <i>Tanner</i></li> <li>▪ Eventos marcantes (menarca, espermarca, mudança voz, acne)</li> <li>▪ Alterações genitais</li> <li>▪ Dimorfismo sexual</li> <li>▪ Entrevista a Adolescentes (<i>HEEADSSS</i>)</li> </ul>	
<b>Desenvolvimento Psicoafetivo e Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autonomização progressiva e afirmação da identidade; identidade de género; aquisição de capacidades cognitivas e novos interesses intelectuais; capacidade de gestão de problemas, conflitos e atividades quotidianas</li> </ul>	
<b>SINAIS/SINTOMAS ALERTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incapacidade para lidar com problemas e atividades quotidianas; ansiedade excessiva; insónia grave e persistente; humor depressivo mantido; ideação e tentativas de suicídio; sintomatologia obsessivo-compulsiva; variação ponderal acentuada; alterações do pensamento e percepção; comportamentos antissociais repetidos; isolamento mantido; comportamentos auto agressivos; fugas</li> <li>▪ Condutas de Risco – consumo tabaco, álcool e/ou outras substâncias psicoativas ilícitas; comportamentos sexuais de risco</li> <li>▪ Enurese e encoprese (presença, existência e/ou manutenção)</li> </ul>	
<b>Vacinação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar estado vacinal e atualizá-lo de acordo com o PNV</li> </ul>	
<b>Risco de Maus Tratos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sinais e sintomas de maus tratos</li> </ul>	
<b>Segurança do Ambiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposição fumo tabaco/problemas associados aos consumos nocivos</li> <li>▪ Risco acidentes domésticos, rodoviários e lazer</li> </ul>	
<b>Cuidados Antecipatórios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puberdade (normal e variantes; puberdade precoce e atraso pubertário)</li> <li>▪ Alimentação (diversidade; adequação à fase crescimento e atividade; regimes restritivos)</li> <li>▪ Atividade física (tipo, frequência e intensidade; desaconselhar suplementos energéticos e anabolizantes; vigorexia)</li> <li>▪ Hábitos de sono (quantidade, qualidade, ritmo e higiene do sono)</li> <li>▪ Saúde oral (promover a escovagem dos dentes de manhã e à noite e o uso do fio dentário)</li> <li>▪ Escola (ano de escolaridade; bem-estar; projetos; absentismo escolar; <i>(cyber)bullying</i>)</li> <li>▪ Família (dinâmica familiar; adultos de referência)</li> <li>▪ Amigos (socialização, atividades, redes sociais e grupos de pertença)</li> <li>▪ Tempos livres (sedentarismo; hábitos de TV/computador/novas tecnologias/vídeo-jogos)</li> <li>▪ Cidadania (direitos humanos; desigualdades de género; ambiente; cultura de segurança)</li> <li>▪ Sexualidade (puberdade, socialização e género)</li> <li>▪ Segurança e acidentes (acidentes domésticos e segurança rodoviária)</li> <li>▪ Consumos nocivos e riscos (álcool, tabaco, medicamentos e drogas de abuso – riscos e efeito potenciador de violência e acidentes)</li> <li>▪ Violência e maus tratos</li> <li>▪ Higiene</li> </ul>	
<b>Outras Observações</b>		

<sup>1</sup> Elaborado com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

<b>GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL<sup>1</sup></b>		12-13 Anos
<b>Avaliação Parâmetros Antropométricos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peso e Altura</li> <li>▪ IMC/Percentil</li> <li>▪ TA</li> </ul>	
<b>Exame Físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação corporal (Postura)</li> <li>▪ Dentição (verificar estado dentário e gengival e utilização do cheque-dentista/registos de HO no BSIJ)</li> <li>▪ Visão (fazer avaliação oftalmológica se houver fatores risco ou diminuição da visão)</li> <li>▪ Audição</li> <li>▪ Pele (acne, hirsutismo)</li> <li>▪ Rastreamento anemia/ferropenia devido hábitos alimentares e padrão menstrual</li> </ul>	
<b>Estádio Pubertário</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estádios de <i>Tanner</i></li> <li>▪ Eventos marcantes (menarca, espermarca, mudança voz, acne)</li> <li>▪ Alterações genitais</li> <li>▪ Dimorfismo sexual</li> <li>▪ Entrevista a Adolescentes (<i>HEEADSSS</i>)</li> </ul>	
<b>Desenvolvimento Psicoafetivo e Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autonomização progressiva e afirmação da identidade; identidade de género; aquisição de capacidades cognitivas e novos interesses intelectuais; capacidade de gestão de problemas, conflitos e atividades quotidianas</li> <li>▪ Redefinição formas de relação com família/amigos</li> <li>▪ Desenvolvimento ideais e valores éticos e morais</li> </ul>	
<b>SINAIS/SINTOMAS ALERTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incapacidade para lidar com problemas e atividades quotidianas; ansiedade excessiva; insónia grave e persistente; humor depressivo mantido; ideação e tentativas de suicídio; sintomatologia obsessivo-compulsiva; variação ponderal acentuada; alterações do pensamento e percepção; comportamentos antissociais repetidos; isolamento mantido; comportamentos auto agressivos; fugas</li> <li>▪ Condutas de Risco – consumo tabaco, álcool e/ou outras substâncias psicoativas ilícitas; comportamentos sexuais de risco</li> <li>▪ Enurese e encoprese (presença, existência e/ou manutenção)</li> </ul>	
<b>Vacinação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar estado vacinal e atualizá-lo de acordo com o PNV</li> </ul>	
<b>Risco de Maus Tratos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sinais e sintomas de maus tratos</li> </ul>	
<b>Segurança do Ambiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposição fumo tabaco/problemas associados aos consumos nocivos</li> <li>▪ Risco acidentes domésticos, rodoviários e lazer</li> </ul>	
<b>Cuidados Antecipatórios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puberdade (normal e variantes; puberdade precoce e atraso pubertário)</li> <li>▪ Alimentação (diversidade; adequação à fase crescimento e atividade; regimes restritivos)</li> <li>▪ Atividade física (tipo, frequência e intensidade; desaconselhar suplementos energéticos e anabolizantes; vigorexia)</li> <li>▪ Hábitos de sono (quantidade, qualidade, ritmo e higiene do sono)</li> <li>▪ Saúde oral (promover a escovagem dos dentes de manhã e à noite e o uso do fio dentário)</li> <li>▪ Escola (ano de escolaridade; bem-estar; projetos; absentismo escolar; <i>(cyber)bullying</i>)</li> <li>▪ Família (dinâmica familiar; adultos de referência)</li> <li>▪ Amigos (socialização, atividades, redes sociais e grupos de pertença)</li> <li>▪ Tempos livres (sedentarismo; hábitos de TV/computador/novas tecnologias/vídeo-jogos)</li> <li>▪ Cidadania (direitos humanos; desigualdades de género; ambiente; cultura de segurança)</li> <li>▪ Sexualidade (autodeterminação sexual; género; relações íntimas; comportamentos sexuais; contraceção)</li> <li>▪ Segurança e acidentes (segurança rodoviária; atividades de lazer/recreativas noturnas; desportos radicais)</li> <li>▪ Consumos nocivos e riscos (álcool, tabaco, medicamentos e drogas de abuso – riscos e efeito potenciador de violência e acidentes)</li> <li>▪ Violência e maus tratos (violência no namoro)</li> <li>▪ Higiene</li> </ul>	
<b>Outras Observações</b>		

<sup>1</sup> Elaborado com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL <sup>1</sup>		15-18 Anos
<b>Avaliação Parâmetros Antropométricos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peso e Altura</li> <li>▪ IMC/Percentil</li> <li>▪ TA</li> </ul>	
<b>Exame Físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação corporal (Postura)</li> <li>▪ Dentição (verificar estado dentário e gengival)</li> <li>▪ Visão (fazer avaliação oftalmológica se houver fatores risco ou diminuição da visão)</li> <li>▪ Audição</li> <li>▪ Pele (acne, hirsutismo)</li> <li>▪ Rastreamento anemia/ferropenia devido hábitos alimentares e padrão menstrual</li> </ul>	
<b>Estádio Pubertário</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estádios de <i>Tanner</i></li> <li>▪ Eventos marcantes (menarca, espermarca, mudança voz, acne)</li> <li>▪ Alterações genitais</li> <li>▪ Dimorfismo sexual</li> <li>▪ Entrevista a Adolescentes (<i>HEEADSSS</i>)</li> </ul>	
<b>Desenvolvimento Psicoafetivo e Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Redefinição formas de relação com família/amigos</li> <li>▪ Desenvolvimento ideais e valores éticos e morais</li> <li>▪ Capacidade de estabelecimento de relações didáticas</li> </ul>	
<b>SINAIS/SINTOMAS ALERTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incapacidade para lidar com problemas e atividades quotidianas; ansiedade excessiva; insónia grave e persistente; humor depressivo mantido; ideação e tentativas de suicídio; sintomatologia obsessivo-compulsiva; variação ponderal acentuada; alterações do pensamento e percepção; comportamentos antissociais repetidos; isolamento mantido; comportamentos auto agressivos; fugas</li> <li>▪ Condutas de Risco – consumo tabaco, álcool e/ou outras substâncias psicoativas ilícitas; comportamentos sexuais de risco</li> </ul>	
<b>Vacinação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar estado vacinal e atualizá-lo de acordo com o PNV</li> </ul>	
<b>Risco de Maus Tratos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sinais e sintomas de maus tratos</li> </ul>	
<b>Segurança do Ambiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposição fumo tabaco/problemas associados aos consumos nocivos</li> <li>▪ Risco acidentes domésticos, rodoviários e lazer</li> <li>▪ Segurança no trabalho</li> </ul>	
<b>Cuidados Antecipatórios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puberdade (normal e variantes; puberdade precoce e atraso pubertário)</li> <li>▪ Alimentação (diversidade; adequação à fase crescimento e atividade; regimes restritivos)</li> <li>▪ Atividade física (tipo, frequência e intensidade; desaconselhar suplementos energéticos e anabolizantes; vigorexia)</li> <li>▪ Hábitos de sono (quantidade, qualidade, ritmo e higiene do sono)</li> <li>▪ Saúde oral (promover a escovagem dos dentes de manhã e à noite e o uso do fio dentário)</li> <li>▪ Escola (ano de escolaridade; bem-estar; projetos; absentismo escolar; <i>(cyber)bullying</i>; falar do trabalho; <i>mobbing</i>; assédio sexual)</li> <li>▪ Família (dinâmica familiar; adultos de referência)</li> <li>▪ Amigos (socialização, atividades, redes sociais e grupos de pertença)</li> <li>▪ Tempos livres (sedentarismo; hábitos de TV/computador/novas tecnologias/vídeo-jogos)</li> <li>▪ Cidadania (direitos humanos; desigualdades de género; ambiente; cultura de segurança)</li> <li>▪ Sexualidade (contraceção; género; relações didáticas; violência no namoro/conjugal)</li> <li>▪ Segurança e acidentes (segurança rodoviária; atividades de lazer/recreativas noturnas; desportos radicais)</li> <li>▪ Consumos nocivos e riscos (álcool, tabaco, medicamentos e drogas de abuso – riscos e efeito potenciador de violência e acidentes)</li> <li>▪ Violência e maus tratos (violência no namoro)</li> <li>▪ Higiene</li> </ul>	
<b>Outras Observações</b>		

<sup>1</sup> Elaborado com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

## **APÊNDICE 13**

### **Pedido de Colaboração**



# Pedido de Colaboração

Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de  
Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**Fevereiro de 2015**

Autora: Helga Oliveira

[helgacatarina@hotmail.com](mailto:helgacatarina@hotmail.com)

Contacto: 917125650

# Pedido de Colaboração

---

Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria

## Âmbito

O presente pedido enquadra-se no percurso de formação para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem no Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este percurso centra-se na temática da **notificação de incidentes como prática promotora da segurança da criança e jovem e os desafios que se colocam no contexto de cuidados intensivos**.

Pretende-se partir do programa de notificação de incidentes atualmente a decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos onde exerce a sua atividade profissional, a fim de poder realizar uma caracterização do mesmo. Esta caracterização será feita com recurso a uma Análise SWOT (Pontos Fortes, Pontos Fracos, Oportunidades e Ameaças) construída com base na perspetiva de todos os atores nele envolvidos.

## Objetivos

O principal objetivo deste trabalho será, como referido, realizar uma caracterização do programa de notificação de incidentes em uso na unidade, que poderá ser utilizada futuramente como recurso para eventuais alterações que se considerem pertinentes. Pela sua importância e natureza, esta matéria requer a participação de cada profissional. Neste sentido, queira por favor responder por escrito à seguinte questão:

**Relativamente ao Programa de Notificação de Incidentes instituído na unidade, refira quais os aspetos que considera ser positivos e os que requerem melhoria.**

**Poderá ter em conta aspetos como: ligação ao Gabinete de Gestão de Risco/ Estrutura e Preenchimento do formulário/ Discussão dos incidentes/ Elaboração de recomendações/ Monitorização do programa/ Outros que julgue relevantes.**

Estão garantidos o anonimato e confidencialidade de toda a informação resultante deste pedido, que será unicamente utilizada na realização do relatório supracitado. Apelamos à sua participação voluntária com o máximo de sinceridade pois daí dependerá a utilidade deste trabalho.

A fim de cumprir os prazos, pede-se que preencha este formulário até ao dia **15 de Fevereiro de 2015**. Caso surja alguma dúvida ou questão no preenchimento não hesite em contactar-me.

ASPETOS POSITIVOS

ASPETOS A MELHORAR

NOTA: Pelo interesse da matéria, coloca-se no verso alguns elementos de contextualização teórica.

## Contextualização Teórica

A segurança do doente tem sido considerada pelas organizações de referência e pela evidência científica uma área prioritária para os serviços de saúde, dado o seu impacto pessoal, social, profissional e económico. O contexto atual dos cuidados de saúde é extremamente complexo, uma vez que é exercido num ambiente hermético, a um ritmo veloz, envolvendo uma vasta variedade de recursos tecnológicos e terapêuticos e alicerçado num conjunto de decisões humanas por parte dos profissionais desta área. E se é verdade que o seu objetivo comum é proporcionar cuidados de elevada qualidade, também o é que nem sempre os acontecimentos vão ao encontro das expectativas. A evidência mostra que, independentemente da dedicação dos profissionais, surgem em diversas circunstâncias danos não intencionais que podem acarretar graves consequências a nível individual (para o doente e para os cuidadores) e institucional. Neste sentido, a segurança torna-se um princípio fundamental na prestação dos cuidados e uma componente crítica na gestão da sua qualidade, exigindo um esforço por parte de todo o sistema de saúde em veicular uma ampla gama de ações de melhoria do desempenho e de gestão do risco associado.

As crianças e jovens têm características particulares que os tornam mais susceptíveis à ocorrência de eventos adversos. Para reduzir os danos atribuíveis aos cuidados de saúde é necessário, obviamente, prevenir os incidentes mas também identificá-los e notificá-los, disseminando melhores práticas e uma cultura de segurança. Tornar visível a ocorrência dos incidentes, pois só se previne o que se conhece, compreendendo a sua epidemiologia, o seu impacto humano e económico e os métodos para a sua prevenção e mitigação, é o primeiro passo rumo a cuidados que se querem seguros e de excelência.

A vulnerabilidade da população pediátrica, conjugada com o contexto potencialmente perigoso dos cuidados intensivos, torna as UCIP serviços de especial complexidade em matéria de segurança. Neste sentido, os profissionais devem conhecer a dinâmica deste tipo de ambiente, de forma a realizar uma intervenção efetiva, personalizada, fundamentada na melhor evidência científica disponível e que culmine na promoção da segurança da criança e jovem.

Agradecendo desde já a sua disponibilidade e colaboração

---

## **APÊNDICE 14**

### **Análise SWOT 1**



## STRENGTHS (PONTOS FORTES)

### • CARACTERÍSTICAS:

- Não punitivo, confidencial, credível e justo (discussão aberta; pretende ser não punitivo; notificação anónima)
- Concebido de forma a motivar para a notificação (existência de um formulário específico para a notificação; preenchimento rápido e fácil/intuitivo; formulário abrangente)

### • OBJETIVOS:

- Identificar falhas ativas e latentes (reflexão sobre o I; classificação do I na matriz; sinalização de (potenciais) problemas)
- Prevenir I (redução efetiva de alguns I)
- Melhorar a GR (aumento da cultura de segurança)
- Partilhar conhecimento e boas práticas (realização de reuniões periódicas para análise partilhada dos I; melhoria da comunicação; discussão construtiva dos I; reflexão sobre as práticas; melhoria e maior segurança nos cuidados prestados; forma pedagógica de notificar I)
- Orientar a formação local e nacional (promoção da formação em áreas adjacentes aos I ocorridos)
- Orientar a elaboração de normas e orientações (criação de recomendações e estratégias que visem a promoção de um ambiente mais seguro; partilha das recomendações a toda a equipa através de uma acta via e-mail)

### • PRESSUPOSTOS:

- Distinguir os *outcomes* e se atingiu o doente (notificação de erros e quase erros; existência de uma matriz de risco)

## OPPORTUNITIES (OPORTUNIDADES)

- Trabalho em equipa íntimo à unidade (cooperação)
- Coesão na equipa multidisciplinar com o objetivo comum de prestar cuidados de excelência
- Preocupação dos profissionais para a melhoria efetiva da qualidade dos cuidados

## WEAKNESSES (PONTOS FRACOS)

### • CARACTERÍSTICAS:

- Não punitivo, confidencial, credível e justo (necessidade acentuar carácter não punitivo/procura culpados; foco na pessoa/classe profissional e não no I; preenchimento pouco rigoroso; não garantia do anonimato; grupo responsável sem objetivos definidos/revistos; não existência de uma análise sistematizada dos I e recomendações)
- Concebido de forma a motivar para a notificação (necessidade de melhoria na adesão de toda a equipa para a notificação; dar a conhecer os ganhos de forma a haver um reforço positivo)
- Formulado de forma a realizar colheita e análise local, regional e nacional (diminuta notificação para o GGR; categorias do formulário não baseadas em recomendações das entidades de referência)

### • OBJETIVOS:

- Atuar sobre as causas dos I (não se conseguir erradicar determinados I; opinião não unânime sobre as causas do I; falta instrumentos de análise do risco; I idênticos não são classificados de forma idêntica)
- Orientar a formação a nível local e nacional (promover formação no âmbito da GR e segurança doente)

### • PRESSUPOSTOS:

- Distinguir os *outcomes* e se atingiu o doente (matriz de risco com critérios pouco claros/definidos e sem legenda; subjetividade na atribuição dos níveis de gravidade e probabilidade de recorrência)
- Introduzir PBE (formulário de notificação, recomendações e normas não baseados na evidência científica; não elaboração de recomendações com base em níveis de evidência)

## Análise SWOT

## THREATS (AMEAÇAS)

- Fraca cultura institucional de notificação; pouca sensibilização dos profissionais e instituição para a temática da segurança
- Articulação pouco efetiva com o GGR; não haver comparação dos dados da unidade com os da instituição;
- Falta de *feedback* das notificações feitas ao GGR
- Inexistência de auditorias por parte do GGR
- Adesão pouco efetiva às reuniões (desmotivação e cansaço dos profissionais)
- Falhas na comunicação entre a equipa de enfermagem e a equipa médica
- Sobrecarga de trabalho (a notificação pode diminuir nestes momentos)



## **APÊNDICE 15**

### **Análise SWOT 2**



## STRENGTHS (PONTOS FORTES)

### • CARACTERÍSTICAS:

- Independente de outros processos reguladores (sem responsabilização do notificador)
- Concebido de forma a motivar para a notificação (é voluntário; com uma estrutura multiprofissional)
- Formulado de forma a realizar colheita e análise local, regional e nacional
- Passível de ser analisado por peritos em tempo útil (reuniões mensais permitem uma mudança de comportamentos em tempo útil; existência de responsáveis pela análise estatística)

### • OBJETIVOS:

- Identificar falhas ativas e latentes (discussão partilhada e minuciosa do I permite identificar estes dois tipos de falhas)
- Atuar sobre as causas dos I
- Agir mais precocemente quando as falhas ocorrem (reuniões mensais permitem agir precocemente)
- Partilhar conhecimento e boas práticas (discussão partilhada permite disseminação de conhecimentos)

### • PRESSUPOSTOS:

- Incluir I inerentes ao local e interligados à segurança do doente
- Descrever de forma precisa o acontecimento de forma a melhor compreender as causas e as consequências

## OPPORTUNITIES (OPORTUNIDADES)

- Elemento de ligação com o GGR
- Evolução sobre a temática da segurança do doente
- Recomendações políticas vocacionadas para a temática da segurança do doente
- Comunicação social mais alerta para a temática da segurança do doente
- Acreditação do Departamento de Pediatria

## WEAKNESSES (PONTOS FRACOS)

### • CARACTERÍSTICAS:

- Não punitivo, confidencial (equipa pequena permite fácil reconhecimento dos profissionais envolvidos no I), credível (programa não baseado nas recomendações das entidades de referência) e justo
- Concebido de forma a motivar os profissionais para a notificação (uma diminuição no anonimato e confidencialidade pode inibir a notificação)
- Formulado de forma a realizar colheita e análise local, regional e nacional (programa apenas *in loco*)
- Passível de ser analisado por peritos em tempo útil (análise não realizada por peritos; grupo sem formação em segurança/análise de I)

### • OBJETIVOS:

- Melhorar a GR (maior dinâmica do elemento de ligação ao GGR)
- Partilhar o conhecimento e as boas práticas (não existe uma procura sistematizada pelas boas práticas associadas a determinado I)
- Orientar a formação a nível local e nacional (não existe uma formação sistematizada tendo em conta os I ocorridos)
- Orientar a elaboração de normas e orientações (não são realizadas normas sistematizadas tendo em conta os I ocorridos)

### • PRESSUPOSTOS:

- Introduzir PBE (falta de consciencialização sobre a falta da procura pela evidência para melhorar todo o programa)

## Análise SWOT

## THREATS (AMEAÇAS)

- População pediátrica mais vulnerável à ocorrência de I
- A ligação não efetiva com o GGR não permite a agregação dos I a nível regional e nacional, comparação entre serviços de características semelhantes e orientação da formação a nível nacional
- Inexistência de um programa informático de notificação/análise de I transversal a toda a instituição
- Indisponibilidade económica nacional para a temática da segurança do doente (recursos humanos e materiais)

