



Escola Superior
Saúde
Santa Maria

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**
PREVENÇÃO DE LESÕES ACIDENTAIS NO DOMICÍLIO, EM
CRIANÇAS DOS 0 AOS 5 ANOS

Celina Ferreira Alves

Maio de 2023

Porto



Escola Superior
Saúde
Santa Maria

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**
PREVENÇÃO DE LESÕES ACIDENTAIS NO DOMICÍLIO, EM
CRIANÇAS DOS 0 AOS 5 ANOS

Celina Ferreira Alves

Relatório de estágio Mestrado Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica orientado pela Professora Doutora Rita Fernandes e coorientado pela Professora Sofia Silva e apresentada à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Maio de 2023

Porto

Enfermagem é uma arte progressiva, sendo que ficar parada é ir para trás.

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

À Professora Rita Fernandes e à Professora Sofia Silva, por toda a disponibilidade e orientação, ao longo de todo o percurso, em especial no final desta caminhada.

Às Enfermeiras Orientadoras e equipas multidisciplinares que cruzaram o meu caminho, e com as quais aprendi tanto.

À minha mãe, pela força e resiliência e essencialmente por estar sempre comigo.

Ao meu pai, por ser o grande alicerce na minha vida.

Ao Miguel, que sem saber, se tornou o impulso necessário para continuar a lutar.

À Joana, minha prima/irmã, que por toda ajuda e motivação, me fez acreditar.

E por fim, a todas as famílias com as quais contactei, e que enriqueceram ainda mais este percurso.

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

APSI	Associação para a Promoção da Segurança Infantil
CCF	Cuidados Centrados na Família
CSP	Cuidados Saúde Primários
DGS	Direção Geral da saúde
EE	Enfermeiro Especialista
EESIP	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
ELI	Equipa Local de Intervenção
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
NACJAR	Núcleo Apoio a Crianças e Jovens em Risco
PNSE	Programa Nacional Saúde Escolar
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RN	Recém-Nascido
SIJ	Saúde Infantil e Juvenil
SBVP	Suporte Básico de Vida Pediátrico
SNS	Sistema Nacional Saúde
TIC	Tecnologias Informação e Comunicação

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, tendo como objetivo central apresentar o percurso realizado no âmbito do desenvolvimento e aquisição de competências para a obtenção do grau de Mestre e título de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

No primeiro capítulo, recorre-se a uma metodologia crítico-reflexiva fundamentada na evidência, onde se faz a apresentação, organização e reflexão das atividades realizadas durante os estágios e que permitiram o desenvolvimento e a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Para além de todas as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica desenvolvidas, observou-se no decorrer dos estágios a necessidade de intervir quer na capacitação dos pais para lidar com situações emergentes, quer na prevenção de acidentes. Assim, aprofunda-se uma área de atuação dos mesmos Enfermeiros Especialistas, considerando que as lesões acidentais nas crianças se assumem como um verdadeiro problema de saúde pública, devido à gravidade associada, acarretando custos significativos ao nível da saúde e bem-estar das crianças, jovens e das suas famílias. Apesar da sua incidência ter diminuído consideravelmente ao longo dos anos devido a um esforço consertado no caminho da sua prevenção, esta continua a ser uma área que necessita de uma atenção e intervenção especializada. Nesse sentido, assumiu-se como um tema fulcral e aprofundado na realização de uma Revisão Integrativa da Literatura, apresentada no segundo capítulo, de forma a identificar quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na prevenção de lesões acidentais no domicílio em crianças dos 0 aos 5 anos de idade.

As bases de dados utilizadas foram a MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Cochrane Database of Systematic Reviews, através de termos MESH com recurso ao modelo PICO.

Dos 390 artigos obtidos foram selecionados 22 segundo os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Os resultados demonstraram que as principais intervenções incluem ações educacionais junto dos pais e outros cuidadores significativos relativos à segurança em casa, nos comportamentos de risco de lesão e também sobre supervisão parental; à intervenção junto das próprias crianças através de sessões de

educação com recurso a alguns instrumentos específicos, como é o caso dos livros de histórias; ao desenvolvimento de tecnologias, especialmente aplicações para *smartphones*, com o objetivo de prevenir lesões não intencionais e capacitar os pais no que concerne à supervisão de crianças, assim como, serviços de mensagens de texto e voz com esse fim.

Com base nestes resultados apresenta-se uma proposta de intervenção que permita aumentar o conhecimento e capacitação na prevenção de lesões acidentais, através do recurso a tecnologias e visitas domiciliárias para permitir o levantamento de situações de risco das famílias.

Ficou bem patente a importância que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica tem na capacitação dos pais em diversos domínios da parentalidade, quer em âmbito hospitalar, quer no âmbito dos cuidados de saúde primários, com destaque na promoção de segurança infantil e na prevenção de acidentes que ocorrem no domicílio, através de intervenções adequadas em cooperação com as famílias, as próprias crianças/jovens e outros profissionais de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Prevenção de acidentes, Crianças, Intervenções de Enfermagem

ABSTRACT

This report is part of the Master's Degree in Nursing in Child Health and Pediatrics at Escola Superior de Saúde de Santa Maria, and its main objective is to present the development and acquisition of skills for obtaining the Master's Degree and the title of Specialist Nurse in Child Health and Pediatrics.

In the first chapter, a reflective methodology based on scientific evidence is used to present, organize, and reflect on the activities carried out throughout the internship process, which allowed for the development and acquisition of the common and specific sets of skills of the Specialist Nurse in Child Health and Pediatrics.

In addition to all the Specialist Nurse in Child Health and Pediatrics skills developed, it was observed during the internships the need for intervention both in the training of parents to deal with emerging situations as well as preventing accidents. Thus, an area of expertise of these Specialist Nurses is deepened, considering that accidental injuries in children are a true public health problem due to their associated severity, resulting in significant costs to the health and well-being of children, young people, and their families. Although its incidence has decreased considerably over the years due to a concerted effort toward prevention, it continues to be an area that requires specialized attention and intervention. In this sense, it was assumed as a central theme that led to an Integrative Literature Review, presented in the second chapter, in order to identify the Specialist Nurse in Child Health and Pediatrics interventions in the prevention of accidental injuries at home in children aged 0 to 5 years old.

The databases used were MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Cochrane Database of Systematic Reviews using the MESH terms and applying the PICO model.

Of the 390 articles obtained, 22 were eligible according to previously defined inclusion and exclusion criteria. The results showed that the main interventions include educational actions with parents and other significant caregivers about safety at home, injury risk behaviors, and also about parental supervision; intervention with the children themselves through education sessions using some specific instruments, such as story-books; development of technologies, especially applications for smartphones, with the purpose of preventing unintentional injuries and empowering parents regarding the supervision of children as well as text and voice messaging services for this purpose.

Based on these results, an intervention proposal is presented to increase knowledge and training in the prevention of accidental injuries, through the use of technologies and home visits to identify risk situations in families.

The importance that Specialist Nurse in Child Health and Pediatrics has in empowering parents in several areas of parenting, both in hospital settings and in primary health care, with emphasis on the promotion of child safety and the prevention of domestic accidents, through appropriate interventions in cooperation with families, children and young people themselves and other health professionals, was clearly evident.

Keywords: Child Health and Pediatric Nursing, Accident Prevention, Children, Nursing Interventions

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS.....	11
ÍNDICE DE TABELAS.....	12
INTRODUÇÃO.....	13
1. AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA.....	16
1.1.PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.....	19
2. PREVENÇÃO DE LESÕES ACIDENTAIS NO DOMICÍLIO, EM CRIANÇAS DOS 0 AS 5 ANOS: CONTRIBUTOS DO EESIP.....	40
2.1.JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA.....	40
2.2.METODOLOGIA.....	42
2.3.RESULTADOS.....	46
2.4. DISCUSSÃO.....	52
2.5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
APÊNDICES	
APÊNDICE A- PRIMEIROS SOCORROS/SBV	
APÊNDICE B- SEGURANÇA E PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO 1º ANO DE VIDA	
APÊNDICE C- OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA EM LACTENTES E CR	
APÊNDICE E- TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Processo de identificação e inclusão dos estudos – PRISMA Diagram flow.....45

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Estratégia PICO.....	43
Tabela 2: Artigos incluídos por ano de publicação.....	46
Tabela 3: Artigos incluídos por país de publicação.....	47
Tabela 4: Idades das crianças participantes nos estudos.....	48
Tabela 5: Fatores de risco identificados nos estudos.....	49
Tabela 6: Estratégias de intervenção identificadas nos estudos.....	50

INTRODUÇÃO

Numa contínua procura pela prestação de cuidados de excelência, os Enfermeiros são desafiados a desenvolver habilidades que lhes permitam lidar com situações de maior complexidade, por forma a responder adequada e eficazmente às necessidades dos indivíduos.

Os cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica incluem a capacitação das famílias para o melhor desempenho das parentalidades nos diversos desafios que ocorrem ao longo do desenvolvimento infantil, sem esquecer os cuidados de Enfermagem diretos à criança/adolescente, que exige dos profissionais de saúde a capacidade de responder adequadamente a todas as suas necessidades.

A enfermagem evolui de forma contínua, pelo que a formação dos profissionais deve acompanhar essa evolução e neste sentido, o presente relatório tem como objetivo central apresentar todo o percurso realizado no âmbito do desenvolvimento e aquisição de competências para a obtenção do grau de Mestre e título de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) realizado na Escola Superior de Saúde Santa Maria.

O ensino teórico em conjunto com os estágios clínicos, permitem ao EESIP a aquisição de competências específicas da sua área de atuação com vista à formação de profissionais especializados na promoção da saúde das crianças e dos jovens.

O relatório divide-se em dois capítulos. No primeiro capítulo, aborda-se de forma crítica e reflexiva, o desenvolvimento das competências do EESIP com base na evidência científica e no segundo capítulo, realiza-se um maior aprofundamento numa temática imprescindível à área de atuação EESIP com uma revisão integrativa relativa a Prevenção de Lesões Acidentais No Domicílio em Crianças dos zero aos cinco anos.

No primeiro capítulo, a metodologia crítica e reflexiva, demonstrou ser um método eficaz de desenvolvimento profissional e agregador de conhecimento. Como refere Leite (2016), é esperado que um Enfermeiro Especialista seja capaz de refletir e de pôr em prática todos conhecimentos adquiridos ao longo da sua experiência, de modo que a sua intervenção seja desenvolvida como um todo e com um nível elevado de qualidade. Assim, faz-se a apresentação, organização e reflexão das atividades realizadas durante todo o processo de estágio, contribuindo, deste modo, ativamente para o desenvolvimento e aquisição de competências do EESIP. Foram desenvolvidas as competências comuns

aos Enfermeiros Especialistas, assim como as competências específicas no âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

No segundo capítulo é apresentada uma Revisão Integrativa da Literatura, tendo como objetivo perceber quais as intervenções do EESIP na prevenção de lesões acidentais no domicílio em crianças dos zero aos cinco anos de idade, acompanhando, deste modo, o objetivo fundamental de todo o percurso desenvolvido, nomeadamente, a capacitação parental, especificamente na prevenção de acidentes domésticos em crianças e assim, promover a sua saúde e bem-estar.

Durante o percurso formativo, dos vários estágios clínicos e tendo em conta a experiência profissional com crianças, facilmente se observou que as crianças, especialmente em idade pré-escolar, são bastante vulneráveis a acidentes não intencionais. Jullien (2021) explicita que se deve à sua curiosidade inerente ao “ser criança”, mas muitas vezes, ocorre por distração ou ignorância em relação a este assunto, por parte dos adultos responsáveis. Estes acidentes geralmente não resultam em consequências críticas, no entanto, alguns podem dar origem a lesões graves, influenciando profundamente a saúde e o bem-estar das crianças e jovens, tal como as suas famílias (Rumhi et al., 2020).

As lesões não intencionais no domicílio com crianças podem resultar em situações bastante complexas, além dos custos económicos, sociais e emocionais associados que se manifestam num problema de saúde pública, sendo que, em 90% destas lesões podem ser evitadas, caso se apliquem medidas adequadas de prevenção (Bressan et al., 2021). Deste modo, a intervenção do EESIP é determinante no reconhecimento destas situações, sendo que este é um profissional de saúde que possui competências específicas e adequadas para o estabelecimento de uma relação de parceria no âmbito dos cuidados a crianças e jovens.

O EESIP é o profissional indicado para a prevenção e promoção de saúde, através da conceção e implementação de programas de educação para a saúde, tendo como objetivo a capacitação parental com a finalidade de promover o desenvolvimento e o crescimento saudável das crianças e jovens através da transformação dos contextos que os rodeiam em ambientes seguros (Passos & Santos, 2016).

Assim, e tendo em conta as implicações e os custos dos acidentes, ao longo deste percurso apostou-se na sensibilização dos pais e outros cuidadores, assim como dos restantes profissionais de saúde no que diz respeito a este tema complexo, com o objetivo de desenvolver capacidades que permitam a adoção e implementação de medidas de segurança visando, deste modo, a sua prevenção.

Após um capítulo que demonstra a aquisição de competências de EESIP ao longo deste percurso formativo, desenvolve-se a Revisão Integrativa da Literatura com o objetivo de demonstrar as estratégias baseadas na evidência para a intervenção numa área específica de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, culminado com a apresentação dos contributos de todo o percurso realizado numa proposta de intervenção, visando a prevenção de acidentes domésticos em crianças.

1. AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

A saúde foi consagrada um direito universal em 1976 pela Constituição da República Portuguesa, e em 1979 com a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), ficou efetivado o direito ao acesso de todos os indivíduos aos cuidados de saúde. Paralelamente, foi aumentando a formação na área da Enfermagem podendo afirmar-se que nos últimos 40 anos, a profissão sofreu uma evolução técnica e científica sem precedentes (Fronteira et al., 2020).

O aperfeiçoamento e desenvolvimento de competências permite um caminho da excelência, que resulta não só da prática, mas também da sua consciencialização, promovendo o autoconhecimento, a autodeterminação, autoconsciencialização profissional e a tomada de decisão, fomentando a qualidade de cuidados (Holanda et al., 2014).

O Enfermeiro Especialista (EE), para além das competências inerentes ao seu domínio de especialização, possui competências comuns que envolvem a ação educativa, liderança e de investigação que se traduzem na melhoria contínua dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010).

As diversas e rápidas mudanças, tal como a evolução no âmbito científico e técnico, exigem que o profissional desenvolva conhecimentos amplos num determinado domínio da Enfermagem, para que as suas ações se traduzam em respostas específicas e especializadas face às necessidades dos indivíduos (OE, 2017). Sendo o EE um profissional qualificado, detentor de habilidades humanas e de saber científico e com formação qualificada para prestar cuidados na sua área de especialização (OE,2007).

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, a prática do EE, deve assentar em quatro grandes domínios: Responsabilidade Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados e Desenvolvimento de Aprendizagens;

Neste sentido, no que respeita às competências do Enfermeiro Especialista pretende-se apresentar e refletir sobre as competências comuns dos especialistas.

A - Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal

Em Enfermagem, a prestação de cuidados e a prática profissional diária deve ser orientada pela responsabilidade profissional, ética e legal, seguindo as normas incluídas no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 1996), e a sua atuação

deve pautar-se pelos princípios que constam no Código Deontológico dos Enfermeiros e seguindo, também, os valores éticos básicos que devem ser aplicados à saúde, como os princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência e a da justiça.

O enfermeiro assume uma postura de empatia e zelo para com a profissão, pela pessoa em particular e pela comunidade. Assim, compreender como ajudar as famílias, tendo presente a sua realidade e as suas dinâmicas é visto como verdadeiro desafio para a Enfermagem. O contacto com as crianças/adolescentes e suas famílias constituiu uma mais-valia na aquisição de conhecimentos que permitam responder em contextos de maior complexidade e a possibilidade de contactar com realidades distintas, que permitiu o enriquecimento desta formação enquanto Enfermeira Especialista e Mestre em Saúde Infantil e Pediátrica.

B - Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

As ciências da saúde têm evoluído continuamente ao longo dos tempos, e a procura de conhecimentos baseado na evidência revelou ser fundamental para a prática de Enfermagem. O desenvolvimento do cuidado competente é um processo contínuo, que não se extingue em si mesmo.

Ser Enfermeiro Especialista significa adquirir e desenvolver competências específicas tendo por base um conhecimento profundo sobre o cliente, em particular, a criança e a sua família, reconhecendo que estes têm características singulares que as distinguem das demais, onde o Enfermeiro Especialista desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença (OE, 2007)

C – Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

Os cuidados de enfermagem, no domínio da gestão, devem ter em consideração as necessidades dos clientes bem como a circunstâncias e os recursos disponíveis. A gestão dos cuidados no local de trabalho, independentemente do contexto, deve ser realizada através de um trabalho de toda a equipa multidisciplinar, tendo em conta as diretrizes da Direção Geral de Saúde (DGS), sem descuidar as necessidades dos clientes e o bom funcionamento da unidade.

Os contributos do ensino teórico do presente processo formativo revelaram-se uma parte fundamental para uma adequada gestão dos cuidados, permitindo desenvolver autonomia no que diz respeito à gestão e funcionamento do serviço. Importa referir que o estágio decorreu durante a pandemia por SARS-COV-2, sendo que, em todos os

contextos assistenciais, foram seguidas as diretrizes da DGS, implementadas para o controlo da pandemia, nomeadamente, o uso de equipamento de proteção, o cumprimento das normas de higiene tanto do pessoal como do material, e o correto uso dos circuitos implementados.

D - Competências do Domínio das Aprendizagens

No já referido artigo 88.º do Código Deontológico (2005), refere que o enfermeiro deve promover a sua formação de forma a manter atualizados os seus conhecimentos.

O percurso académico inicialmente no Curso de Licenciatura em Enfermagem e atualmente, no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, revelaram-se fundamentais para o desenvolvimento de aprendizagens que permitiram uma correta intervenção, inserida numa equipa multidisciplinar, nos mais diversos contextos de saúde.

1.1.PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Desde Florence Nightingale que o cuidar em Pediatria tem evoluído de forma mais personalizada, atendendo às necessidades de cada criança e família, procurando garantir suporte emocional, empatia, gentileza e garantir todo o apoio no processo de transição da doença para a saúde (Diogo et al., 2021). Cuidar em Enfermagem, significa empregar esforços com vista à promoção e proteção da humanidade, é colocar-se no lugar do outro com dedicação e respeito pela sua dimensão pessoal e social (Sobrinho et al., 2018).

Quando a criança se vê envolvida numa hospitalização ou submetida a cuidados de saúde, intensificam-se sentimentos como ansiedade e medo e os profissionais de saúde, nomeadamente o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), devem conduzir as suas ações para que as intervenções sejam o mais atraumáticas possível.

Com refere Granel et al. (2020), os Enfermeiros são os profissionais com maior proximidade das crianças e das famílias e possuem um importante papel na prevenção de múltiplas doenças e acidentes, tornando imperativo promover uma cultura de prevenção.

A Enfermagem em Pediatria tem como foco a criança e o seu saudável desenvolvimento e crescimento nas diferentes fases de vida, bem como a envolvência da família nesse processo. É importante, por isso, reconhecer a criança como um Ser único, em constante crescimento e inserida na comunidade.

O EESIP deve desenvolver estratégias de humanização e promover um ambiente de afeto, com recurso a atividades lúdicas que permitam reduzir a ansiedade. Esta competência emocional visa encontrar uma estabilidade na relação Enfermeiro-Criança/família, com benefícios para ambos (Diogo et al., 2021).

As experiências vivenciadas durante este percurso formativo, que permitiram a aquisição de competências na área de Saúde Infantil e Pediátrica, estão representadas neste subcapítulo sob uma análise critico-reflexiva.

Implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.

Os Cuidados Centrados na Família (CCF) definem-se pela valorização do indivíduo e das suas particularidades, assentando na premissa de que cada pessoa é constituída pelas experiências vivenciadas, tornando-a um ser singular (Rocha & Farinha, 2022). A filosofia dos CCF constitui um princípio de cuidar em pediatria em que as necessidades fulcrais do processo são a criança/família e requer que o EESIP estabeleça uma relação que permite empoderar os pais de comportamentos potenciadores de saúde (Fonseca et al., 2020).

A parceria de cuidados manifesta-se pela capacidade de gerir e negociar cuidados de forma conjunta, resultando no sucesso dos mesmos. Cuidar é um papel primordial dos pais, pelo que a sua envolvência permite mudança de comportamentos potenciadores de saúde (Alves et al., 2016).

Casey (1995), defende que os pais devem ser capazes de reconhecer o estado da criança para que possam encontrar formas de gerir a situação e valoriza a experiência da família nos cuidados ao filho. Cada família deve decidir em que momento quer estar presente e o EESIP deve prestar suporte à família, no ensino e na tomada de decisões, para que esta desenvolva a sua autonomia.

Os CCF devem ser adaptados de forma particular a cada situação, sendo que cada família se constitui como única e com características que a definem. A clareza na transmissão de informação facilita a tomada de decisões da família (Ventura et al. 2022).

Deste modo, atuou-se no sentido de fazer um levantamento das necessidades e dificuldades sentidas e respeitou-se em todos os momentos os desejos da família.

A hospitalização em idade pediátrica é encarada como um evento traumático para a criança/jovem e sua família, sendo que a alteração das atividades quotidianas e o distanciamento do meio social acarretam mudanças significativas na rotina diária. Algumas destas mudanças passam por alteração dos hábitos diários, o contacto com pessoas fora do círculo habitual e a exposição a situações dolorosas que provocam medo e desconforto (Paula et al., 2019). Outros motivos associados ao stress na hospitalização incluem a separação, o medo dos danos corporais e a falta de controlo sobre a situação (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os pais necessitam de estar próximos dos profissionais de saúde e que estes entendam o processo que a família está a vivenciar (Silveira et al., 2018), pelo que ao longo dos estágios se demonstrou empatia e respeito pelas crianças/família, acolhendo-as de modo que se sentissem seguras. Deste modo, algumas das estratégias utilizadas prendiam-se com a brincadeira, que permitia à criança o estabelecimento de uma relação empática e um ambiente menos assustador (Dal´Bosco et al., 2019). Outras intervenções terapêuticas e comunicativas utilizadas incluíram a arteterapia (Valladares & Silva, 2011), o brinquedo terapêutico (Malaquias et al., 2014) e uso de fantoches (Sposito et al., 2016), todas estas com resultados positivos na diminuição da ansiedade. Pedir permissão à criança antes de qualquer intervenção permitiu, por sua vez, uma maior confiança no EESIP, para que a criança sentisse domínio sobre as suas ações e proporcionou, consequentemente, a colaboração nos mesmos.

O medo da morte e as experiências traumáticas expõe as crianças a situações de stress (Silveira et al., 2018) e através das estratégias referidas diminuiu-se os sentimentos de medo e de perda de controlo.

A valorização do doente e a individualização dos cuidados permitem o envolvimento do mesmo e revelam ser grandes adjuvantes na qualidade dos cuidados prestados (OMS, 2021). Foram várias as situações em que os pais pediam permissão para estarem ambos presentes durante os procedimentos à criança e sempre que possível atuou-se de forma a responder a esse pedido, proporcionando conforto à criança e confiança à família.

A parceria de cuidados constituiu-se fundamental na promoção da vinculação, permitindo deste modo, diminuir o impacto associado à doença/hospitalização. O EESIP negocia cuidados, permitindo o envolvimento de toda a família para que esta possa compreender o motivo e a necessidade das intervenções realizadas e reduzir a sensação de medo e impotência. Desse modo, planeou-se os cuidados em torno da família e não apenas da criança/jovem, reconhecendo que todos são aliados nos cuidados. As informações acerca da criança eram sempre partilhadas de forma aberta e objetiva para que a família pudesse entender o plano estipulado. Atuou-se com assertividade e clareza, respeitando cada criança e família na sua vertente cultural e social.

De acordo com Lisanti et al. (2017), os pais das crianças internadas enfrentam uma grande fonte de ansiedade associada ao ambiente que as rodeia (monitores, sistemas de perfusão e ventiladores), e as alterações no papel parental desencadeiam o medo e a sensação de impotência por não poderem cuidar dos filhos. Estes manifestavam

curiosidade em perceber os monitores ou o que significava o que lá estava, pelo que esclarecer as dúvidas e os medos pode permitir conforto em momentos de crise (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

As crianças hospitalizadas estão, naturalmente, vulneráveis e o medo é um sentimento muito presente, que pode ter um impacto negativo até na forma como esta percebe a dor fazendo com que tenha dificuldades em adaptar-se aos seus tratamentos (Silveira, et al., 2018). O medo revela-se de diferentes formas no que respeita às crianças, pelo seu nível de entendimento e desenvolvimento (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020), pelo que conhecer as fases do desenvolvimento infantil é uma necessidade para o EESIP, para poder agir de acordo com as capacidades de cada criança.

O contexto de urgência revelou ser um desafio, principalmente nas situações efetivamente urgentes ou emergentes, onde foi imperativo apoiar a família que, na maioria das vezes se mostrava assustada, sendo o EESIP um elemento de extrema importância no acolhimento e acompanhamento destes pais.

A atuação durante todos os contextos baseou-se no respeito e na compreensão, permitindo aos pais estarem presentes para que a criança se sentisse mais confortável. Pela emergência das situações vividas de forma constante, a urgência não permite por vezes um acolhimento aos pais de forma adequada e nem sempre há a possibilidade de os pais estarem presentes em todos os procedimentos. Uma das necessidades sentidas foi a inexistência de um espaço destinado para acolher os pais com tranquilidade, pelo que eram improvisados espaços para esse fim.

Nestes contextos de atuações urgentes e emergentes em que cada situação se constitui como algo novo e a exigência dos cuidados aliada à afluência, constitui um desafio aos CCF. No entanto, teve-se como objetivo tranquilizar os pais ou informá-los acerca da situação dos filhos e constatou-se que a inexistência desse espaço próprio podia dificultar a comunicação. De qualquer modo, este momento foi garantido com as condições existentes, no sentido de transmitir conforto.

Pais de crianças com necessidades especiais sejam elas cognitivas ou físicas necessitam de uma rede de apoio quer familiar, quer social e implicam a sua capacitação para poderem prestar cuidados no domicílio. O EESIP, assente no modelo de parceria de cuidados, é o profissional ideal para os ajudar a cumprir o seu papel parental. Os pais sentem-se confiantes com a atenção que os profissionais dedicam à sua situação e consideram importante o seu empenho na adaptação da família à nova condição (Alves, et al., 2017). Foi, por isso, importante educar, aconselhar e escutar os pais acerca das suas

necessidades e medos e fazer o encaminhamento, sempre que necessário, para as demais instituições.

A parceria de cuidados implica comunicar com a família e constatou-se a necessidade de usar uma linguagem simples, pois o uso de termos técnicos dificulta a percepção e manifesta nos pais sentimentos de ansiedade por não entenderem o que lhes é dito. A comunicação é fundamental entre enfermeiros e família, não apenas pela informação propriamente dita, mas pela forma como é transmitida, com serenidade e respeito pelas emoções de cada um. Sendo o respeito pela família a base para a comunicação e a necessidade de saber escutar para que essa comunicação seja eficaz (Moreira & Gaiva, 2016).

A hospitalização numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais pode potenciar sentimentos como depressão ou ansiedade, o que pode comprometer a construção do vínculo entre os pais e neonato (Miller et al., 2020). As mães, por vezes, culpabilizam-se pelo nascimento prematuro do filho, e deparam-se com um distanciamento que as incapacita de tomar conta do bebé, exigindo uma adaptação ao momento ao descrevem o internamento como cansativo para elas próprias (Montanhaur et al., 2020).

O EESIP deve promover cuidados de forma holística aos RN e aos pais, para que estes possam sentir confiança nos profissionais e reduzir o impacto negativo na hospitalização. Os pais sentem maior conforto e confiança na equipa de enfermagem quando lhes é dito e explicado a situação dos filhos, que se traduz numa melhor evolução do estado de saúde dos filhos e bem-estar dos pais.

Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando respostas

Aquando da hospitalização, a dor está muitas vezes presente, seja pelos procedimentos invasivos ou pelo próprio ambiente hospitalar, podendo ser uma experiência que causa medo e ansiedade (Kassam-Adams & Butler, 2017). Assim, a dor é uma experiência marcante na vida de uma pessoa, e vem acompanhada de medo do desconhecido, do contacto com procedimentos e equipamentos que lhe causam desconforto, e pelo afastamento do seu ambiente familiar e das suas atividades diárias (Delvecchio et al., 2019)

Muitas das intervenções realizadas à criança/jovem estavam associadas a sensações dolorosas e tal como definido no Regulamento nº422/2018, cabe ao EESIP realizar a gestão adequada da dor. A dor define-se como uma experiência que causa desconforto e que envolve não só um elemento físico, mas também emocional e é considerada o 5º sinal vital (Sedrez & Monteiro, 2020). A dor aguda tem um limite temporal, associada a pós-operatórios ou eventos traumáticos e a dor crónica perdura no tempo e tem sequelas incapacitantes, sendo que, para uma correta avaliação da mesma, os profissionais de saúde recorrem ao uso de escalas apropriadas em função de cada idade (DGS, 2003).

Indivíduos expostos a situações dolorosas manifestam alívio de forma mais eficaz quando a equipa de enfermagem está capacitada no uso de ferramentas de avaliação da dor (Sedrez & Monteiro, 2020). A avaliação da dor era efetuada sempre antes e durante os procedimentos, perspetivando encontrar soluções mais adequadas. Nessa avaliação atendeu-se às suas particularidades, aos fatores que a aliviam ou agravam, e às estratégias utilizadas pelos pais para o alívio da mesma. Sempre que necessário, recorreu-se a medidas farmacológicas e não farmacológicas, permitindo reduzir o sofrimento e o trauma da hospitalização.

No RN as intervenções prendiam-se essencialmente com a promoção do conforto, a contenção e a redução do ruído e da luz (OE, 2013). A distração com luvas (Great Ormond Street Hospital, 2020), a musicoterapia ou a implementação de um ambiente decorado, são estratégias que permitem o estabelecimento de um elo de ligação com a criança/família (Sá & Silva, 2020).

Associou-se, em alguns momentos, medidas farmacológicas, como o uso de anestésicos locais ou em casos mais extremos o uso de sedativo intranasal, sendo que para intervenção pressupõe prescrição médica.

Antes da realização de qualquer procedimento o EESIP deve fornecer informações à criança (OE, 2013) e deste modo, antecipando momentos dolorosos nos procedimentos invasivos, como punções venosas ou tratamento de feridas, era explicado à criança/jovem o procedimento e a sua finalidade, para que estes sentissem de alguma forma controlo da situação, tornando-a menos dolorosa. As intervenções a realizar foram sempre explicadas de maneira adequada ao desenvolvimento infantil, e associadas medidas não farmacológicas, como por exemplo, a utilização material hospitalar (luvas e seringas) para que a criança tivesse contacto e se familiarizasse com esses materiais, na tentativa de lhes reduzir o medo e a ansiedade. Assim, com o objetivo de estabelecer uma conexão

entre a casa e o hospital recorre-se ao uso do brinquedo, que possibilita que a criança manifeste as suas emoções através da sua interpretação e encenação (Veiga et al., 2016).

Com o adolescente as estratégias mais utilizadas prendiam-se com técnicas de distração, que permitiam direcionar o foco para situações alheias ao procedimento, o diálogo tornou-se promissor para o adolescente ao desviar a sua atenção da situação dolorosa (OE, 2013).

A presença dos pais manifesta-se positiva na diminuição do desconforto e medo (Pope et al., 2015) e o reconhecimento por parte dos profissionais do bom comportamento da criança pode revelar-se sinónimo de uma atitude mais descontraída no futuro (Hard & McLeod, 2020).

A dor, quando não é tratada de forma adequada na infância, deixa o adulto mais vulnerável à mesma, originando situações de maior stress emocional e pode mesmo revelar-se numa situação de dor crónica (Silva et al., 2019), pelo que se atuou sempre, no sentido de diminuir o stress e a ansiedade.

Diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem

A proximidade dos profissionais de saúde e da comunidade escolar à criança, revelam que, conseqüentemente, tenham um papel fundamental na deteção antecipada de qualquer situação que careça de intervenção. O meio escolar é um lugar privilegiado para a promoção da saúde e para o desenvolvimento de comportamentos saudáveis (Caldeira, 2015).

De acordo com a Convenção dos Direitos da Criança (1990), todas as crianças têm direito à vida e cabe aos governos assegurarem a sua sobrevivência e desenvolvimento. Deste modo a criação de um sistema de intervenção precoce visa garantir o saudável crescimento da criança.

Em 2009 foi criado o decreto de Lei Nº281 com a formação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI), com a coordenação conjunta de diferentes ministérios e com o envolvimento das famílias e da comunidade. O SNIPI é constituído por comissões

e subcomissões que coordenam as Equipas Locais de Intervenção (ELI) e dela fazem parte profissionais da educação, do serviço social e da saúde.

O Núcleo de Apoio as Crianças e Jovens em Risco (NACJAR), é uma referência no que respeita aos maus-tratos em crianças e jovens e atuam no sentido de detetar e gerir situações de risco (artigo Nº 7 da Lei nº 147/99). Qualquer situação de risco pode ser referenciada por pais, serviços de saúde ou de educação, ao NACJAR, que posteriormente fará o encaminhamento necessário da situação.

As ELI intervêm em crianças com idades compreendidas entre os zero e os cinco/seis anos que manifestem modificações na estrutura do corpo e/ou um atraso grave de desenvolvimento e atuam com o objetivo de se desenvolverem programas coordenados e baseados numa intervenção multidisciplinar (artigo Nº 7 da Lei nº 147/99, de 1 de setembro).

Em contexto de urgência observou-se várias situações de crianças vítimas de maus-tratos por parte dos pais ou cuidadores, outras em a criança e a mãe eram vítimas, sendo necessário o encaminhamento para as instituições competentes de acolhimento para proteção e salvaguarda dos interesses, não só da criança, mas também da mãe.

O EESIP estabelece objetivos com a criança/família para uma intervenção eficaz, detendo conhecimentos acerca dos maus-tratos infantis, é um importante elo de ligação com as demais instituições (DGS, 2017).

Após a identificação dos fatores de risco ou agravamento é realizada de forma contínua a evolução desses fatores e fornecido apoio às famílias no acesso a recursos da comunidade, tendo como objetivo assegurar às crianças a proteção dos seus direitos. São, ainda, realizadas avaliações periódicas que podem resultar na necessidade de visita domiciliária a fim de se adequarem planos de intervenção eficazes (DGS, 2011).

A crescente necessidade de intervenção demonstra a importância da existência das ELI, o EESIP evidencia-se como um elemento fundamental, sendo um dos profissionais de saúde capazes de identificar e fazer uma intervenção adequada aos riscos existentes.

A OE (2018), refere que, face à complexidade dos problemas, os enfermeiros que integram as equipas de intervenção devem incluir Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, pois estão empoderados de conhecimentos e competências para intervir de forma adequada nas diversas situações com que se deparam as equipas.

Silva et al. (2016), concluíram que os enfermeiros se sentem confortáveis na deteção de sinais de maus-tratos, apesar de referirem não ter formação específica nessa

área, sendo essencial formar os profissionais para uma rápida detecção e intervenção no acompanhamento de crianças/jovens em risco.

Concluiu-se que o EESIP deverá desenvolver competências para a prestação de cuidados de elevado nível e com conhecimento global acerca dos cuidados pediátricos, tornando-se referência na identificação de situações que possam afetar o desenvolvimento saudável das crianças.

Algumas das situações que envolvem crianças/jovens podem-se tornar emocionalmente desafiantes para os profissionais envolvidos sendo as questões de abusos sexuais, por exemplo, emocionalmente avassaladoras e neste sentido o EESIP deve preparar-se para gerir as suas próprias emoções, as emoções da criança/adolescente e as da família.

Comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura

A comunicação afeta o comportamento humano e quando utilizada corretamente pode promover uma relação de confiança entre os seus intervenientes e em saúde, a comunicação promove uma melhor compreensão acerca da sua condição e, conseqüentemente, de uma melhor adesão aos tratamentos (Almeida, 2020).

A comunicação deve ser considerada pelos Enfermeiros como um momento importante no processo de cuidar, promovendo a escuta ativa onde se obtém as necessidades do paciente e família, com respeito pelas suas diferenças. A finalidade da comunicação é auxiliar a família num momento de maior ansiedade e medo decorrentes do processo de transição saúde/doença (Russo & Bico & Vala, 2022).

Para uma comunicação eficaz os profissionais de saúde, especialmente os EESIP, devem desenvolver conhecimentos, competências e atitudes adequadas a cada contexto, para que possam compreender as necessidades da pessoa, com respeito pelas suas crenças, cultura e perspetivando cuidados de saúde individualizados e personalizados. Desta forma é necessário que os Enfermeiros se capacitem nas relações com a criança/família no sentido de estabelecer uma relação terapêutica, sendo a linguagem um instrumento importante para o envolvimento na tomada de decisões e no tratamento.

Em algumas situações especiais, a relação dos pais com os profissionais baseia-se no diálogo, que permite construir uma relação de confiança durante a hospitalização (Azevedo et al., 2015). A comunicação revela-se fundamental na prestação de cuidados e manifesta-se por meio de tipos diferentes de linguagem, a verbal, a corporal e a conduta profissional (Martinez et al., 2018).

A comunicação verbal engloba tudo aquilo que se quer transmitir por meio da fala ou da escrita, enquanto a linguagem não verbal diz respeito a todas outras formas de comunicação que não envolvam palavras, tais como expressões faciais, toque e gestos, (Amorim et. al., 2019). O uso de uma linguagem de fácil percepção possibilitou a correta interpretação da mensagem e revelou-se crucial para a identificação e superação dos problemas decorrentes da situação de doença (Mendes, 2020). Durante os estágios foi possível adquirir habilidades na comunicação de forma a assegurar os melhores cuidados e a intervir eficazmente.

Por forma a minimizar a preocupação por parte da criança/família, estabeleceu-se um ambiente acolhedor, que transmitisse conforto e que resultou numa relação terapêutica e de ajuda. A inquietação e a ansiedade, em grande parte associadas ao desconforto, foram uma preocupação, e neste sentido, procurou-se, através da comunicação adequada e assertiva, diminuir estes sentimentos.

As dificuldades na comunicação com a criança surgem na maioria das vezes pela sua condição de saúde, mas também pelo seu desenvolvimento e capacidade de compreensão, sendo necessário que o EESIP estabeleça, desde o momento do acolhimento, uma relação que permita que a criança se sinta segura e colabore no seu processo de cuidar.

As crianças com idades compreendidas entre os dois e os seis anos são aquelas com maior necessidade de socialização, pois estão no processo de construção das suas habilidades, sendo a linguagem uma aquisição de grande valor nesse período (Gomes & Nóbrega, 2016). Os mesmos autores referem que nesta fase a criança necessita compreender o que lhe é dito, pois, essa compreensão estimula o seu desenvolvimento e promove a interação da criança com o meio. Deste modo, recorreu-se ao uso de uma comunicação adequada à idade, calma e objetiva. A criança expressa muito dos seus sentimentos e medos através da linguagem não verbal (Gomes & Nóbrega, 2016) que se mostrou ser uma mais-valia, pois através dos gestos e do toque demonstra-se uma relação de empatia e afeto (Martinez et al., 2018).

Na relação com as crianças, a comunicação não-verbal assumiu um papel de extrema importância, sendo eficaz na interação com as crianças em determinadas fases do desenvolvimento. Uma das estratégias usadas era a impressão de desenhos para que as crianças pudessem colorir. A brincadeira é uma forma de distração, mas também um direito da criança (Convenção Internacional dos Direitos da Criança 1990).

O EESIP deve promover momentos importantes para a comunicação, isentos de ruído e de distração visual para que a mensagem seja transmitida com clareza e em conjunto possam planejar e executar as intervenções que melhor elevem o seu estado de saúde. A demonstração de empatia e afeto revelaram a importância da comunicação não-verbal associada à linguagem.

A adolescência é uma fase de transição em que ocorrem momentos transformadores na vida do adolescente, quer ao nível físico quer cognitivo, procurando este afirmar-se ao definir a sua identidade (Brito et al., 2020). O ambiente deve transmitir segurança para que os adolescentes sintam privacidade acerca daquilo que querem transmitir (Hockenberry e Wilson, 2014) e as consultas devem apenas ser realizadas com o seu consentimento (PNSIJ, 2013).

A adolescência, por ser a fase da construção da identidade, é caracterizada pela dúvida e pelas atitudes pouco constantes (Vinagre & Barros, 2019), sendo muitas vezes difícil perceber o que o inquieta o adolescente, e por isso permitiu-se que este se exprimisse da forma que mais lhe fosse confortável. Cabe, assim, ao EESIP encontrar estratégias na arte de comunicar, capazes de gerar sentimentos de confiança para que o adolescente possa falar acerca das suas dúvidas, sem o sentimento de julgamento por parte dos profissionais de saúde.

Uma das complexidades da Enfermagem Infantil e Pediátrica deve-se às diferentes faixas etárias que engloba e a exigência no desenvolvimento de estratégias de comunicação adequadas a cada uma delas, desde a linguagem não verbal com os bebés, à capacidade de saber escutar com o adolescente sem julgamentos ou atribuições de valores.

Uma situação que revelou esta exigência por parte do EESIP ocorreu durante uma consulta de SIJ: um adolescente que praticava desporto e consumia algumas substâncias que estimulavam o aumento de massa muscular, e que não estaria a aceitar as orientações dadas. Desenvolveu-se, uma forma de comunicação assertiva, calma, demonstrando compreensão e fomentando a literacia em saúde. Inicialmente, o jovem não se mostrou muito recetivo a ouvir, mas quando, oportunamente, lhe foi explicado através de

evidências, o seu comportamento foi-se alterando durante a consulta, mostrando até interesse em esclarecer as suas dúvidas quanto às substâncias e aos seus efeitos. Foi fundamental perceber em que momento o adolescente estava receptivo a ouvir e o uso correto da linguagem permitiu que este conseguisse ultrapassar ideias pré-concebidas.

Culturalmente, uma situação que marcou este percurso formativo enquanto EESIP ocorreu com uma criança africana, com protocolo para cirurgia a um tumor renal, acompanhada pela mãe, e em que nenhuma das duas falava a língua portuguesa. O dialeto era local e, portanto, nem o uso das tecnologias para tradução se mostrou eficaz.

Percebeu-se, durante o internamento, que esta mãe não se mostrava muito próxima da criança, demonstrando até algum distanciamento no que diz respeito ao afeto, o que se revelou ser uma característica da sua cultura, e associado ao medo de tocar na criança por esta se encontrar monitorizada, com drenos e numa situação debilitada. Durante o internamento foi necessário, de forma gradual, instruir a mãe para que esta se sentisse segura nos cuidados à criança, sendo que a dificuldade na linguagem verbal constituiu um desafio. Inicialmente, a diferença linguística revelou ser uma barreira na comunicação, mas apostou-se na linguagem não verbal, essencialmente, para transmitir a informação pretendida e que acabou por ter resultados positivos na transmissão da mensagem pretendida. A comunicação não verbal revelou ser eficaz na transmissão de sentimentos como segurança e confiança quando as palavras não eram suficientes. A demonstração de afeto vai muito além das palavras e pode ser transformadora para a tranquilização das crianças ou das famílias. A comunicação não verbal assumiu, nesta situação, um papel fundamental para o sucesso dos cuidados.

A comunicação foi um desafio, mas em conjunto com a restante equipa, foram encontradas estratégias que se revelaram eficazes para ultrapassar os obstáculos encontrados.

Ser um Enfermeiro culturalmente competente implica reconhecer as suas diferenças, respeitando as tradições e os princípios culturais e sociais. A transculturalidade em Portugal é crescente, pelo que é urgente esta necessidade de aceitar as diferenças culturais (Aydogdu, 2022). Ao EESIP cabe reconhecer as diferenças entre culturas, e que no caso da situação vivenciada, constituiu o principal desafio. Reconhecer que os hábitos de higiene e de alimentação eram diferentes e que culturalmente aquela família não demonstrava sinais de afeto revelaram-se desafios, mas em todos os momentos se respeitou as diferenças e foram proporcionadas condições para que sentissem menos desconfortáveis longe do seu meio, mas mantendo as suas tradições.

O Enfermeiro culturalmente competente reconhece que a cultura não constitui um obstáculo à prestação de cuidados e identifica as barreiras à comunicação, trabalhando para as ultrapassar (Aydogdu, 2022).

Promover o crescimento e desenvolvimento infantil

A família, como primeira fonte de socialização dos indivíduos, exerce um papel preponderante na vida da criança (Oliveira et al, 2020), e é ela que tem um papel mais relevante na promoção de estímulos necessários para o seu crescimento e desenvolvimento (Ledur et al., 2019). O ESSIP, pela sua área de especialização e pelas suas habilidades, é um profissional próximo das crianças e famílias, capaz de as empoderar de conhecimentos para prevenir e tratar a doença e é-lhe reconhecido o seu papel no suporte emocional das mesmas (Thorstensson et al, 2018).

O estágio em Cuidados de Saúde Primários foi muito enriquecedor pela sua diversidade no que respeita às faixas etárias envolvidas, e proporcionou a oportunidade de, em conjunto com os pais, encontrar estratégias eficazes para um desenvolvimento saudável das crianças. O desenvolvimento infantil é caracterizado não só por todas as mudanças motoras, mas também cognitivas, com a aquisição de aptidões gradualmente mais complexas (Souza & Veríssimo, 2015), e é influenciado por todo o contexto onde está inserido.

Ao longo das consultas de Saúde Infantil e Juvenil (SIJ) foram abordados temas relevantes como: alimentação, atividade física e exposição infantil aos meios tecnológicos (Cheng et al., 2020). Promoveu-se o aleitamento materno e a amamentação, rotinas de sono, hábitos e rotinas diárias e estimulação do desenvolvimento infantil; as birras e imposição de limites; os comportamentos sexuais nos adolescentes; e instruiu-se os pais acerca do desenvolvimento infantil e aprendizagens que promovam um crescimento saudável das crianças/jovens.

Todos os momentos se revelaram de grande importância para a educação e promoção da literacia em saúde das famílias para que as suas decisões fossem tomadas com base em conhecimento científico recente (Pedro, 2018). Sendo facultada informação pertinente e adequada ao estágio de desenvolvimento, seguindo as orientações da DGS, explicitadas no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013).

Nas consultas eram ainda, avaliados os itens de desenvolvimento, como postura, motricidade, visão, audição e linguagem, comportamento e adaptação social (Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2013), em crianças até aos cinco/seis anos. No caso de deteção de algum sinal de alerta, era efetuado o encaminhamento necessário, sempre no sentido de promover o desenvolvimento saudável da criança.

A avaliação do desenvolvimento após estas idades baseia-se em vertentes como o desenvolvimento psicosexual de Freud, tarefas de desenvolvimento de Erikson, desenvolvimento cognitivo de Piaget e desenvolvimento moral de Kohlberg (Hockenberry & Wilson, 2014).

Constatou-se que as suspeitas de atrasos de desenvolvimento ou espectro de autismo eram comumente levantadas aquando da avaliação de desenvolvimento. Os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos foram diversos, dois aspetos a salientar são o facto de que crianças com a mesma idade não estarem necessariamente todas no mesmo estágio de desenvolvimento, e que foi muito importante contactar e poder colaborar na promoção de estilos de vida saudáveis em crianças e jovens.

Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

Tal como deliberado na Convenção dos Direitos da criança (1990), nenhuma criança deve ser privada do acesso aos serviços de saúde tendo esta o direito de usufruir do melhor estado de saúde possível, sendo por isso obrigatório que todos pais e crianças sejam informadas sobre a saúde, a nutrição, os benefícios do aleitamento materno, a higiene e a prevenção de acidentes. Assim, a educação para a saúde assenta num conjunto de habilidades e comportamentos que, partilhados com a sociedade, permitem o desenvolvimento da autonomia (Paes, 2016).

O EESIP é o profissional próximo das famílias e com um papel importante na educação das crianças e jovens, diretamente com os indivíduos e famílias ou na comunidade. Como definido no REPE (1996) no seu artigo 8º, o objetivo major do Enfermeiro é a prevenção da doença e a promoção da saúde, tendo este um papel ativo na educação dos indivíduos.

Tendo em conta a evolução da necessidade da educação para a saúde, especialmente em crianças e jovens, foi necessário a articulação conjunta de diferentes ministérios para que se estabelecesse um padrão de saúde para o indivíduo, a escola e a comunidade (Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE), 2015). De referir a importância da Carta de Ottawa (1986) no avanço da saúde escolar, que reconheceu a saúde como sendo experienciada pelos indivíduos em diferentes contextos do seu quotidiano.

O PNSE tem como finalidade reduzir os fatores de risco das crianças/jovens e promover fatores protetores, como estilos de vida saudáveis, bem como a correta integração de crianças com necessidades educativas especiais (DGS, 2015).

A escola deve ser um espaço seguro e os profissionais que integram as equipas de saúde escolar devem estar preparados e habilitados a transmitir conhecimentos capazes de potenciar comportamentos com vista a um desenvolvimento e crescimento saudáveis. O EESIP é o profissional de saúde com formação especializada para esta área de intervenção.

Segundo o PNSE (2015), a saúde escolar pretende melhorar a saúde coletiva apoiada em dois pilares: a proteção da saúde e a obtenção de competências para promoção da saúde (prevenir/monitorizar acidentes). E em caso de acidente deve existir formação à comunidade escolar para se intervir e prestar os primeiros socorros, uma vez que são os primeiros a terem contacto com as vítimas, sendo fundamentais na prevenção de lesões que possam pôr em risco a vida da pessoa.

As lesões acidentais constituem uma das principais causas de morte em crianças, e embora a taxa de mortalidade infantil tenha diminuído nos últimos anos, esta é uma das principais preocupações relacionadas com a saúde. Neste sentido a sua prevenção é uma questão que deve abranger os conhecimentos e comportamentos, não só dos pais, mas também dos seus restantes cuidadores (Alrimawi et al., 2019).

Como refere a OMS (2008), os episódios de urgência, em pediatria, relacionados com acidentes com maior expressão dizem respeito a quedas e representam 20 a 25% dos casos e para além do risco de incapacidade associado a este tipo de lesões, estes podem representar um elevado custo aos serviços de saúde. A educação para a saúde e a segurança nas escolas pode contribuir para a redução dos acidentes (OMS, 2008).

De acordo com o PNSE (2015), 24% dos acidentes ocorrem nas escolas, dada a importância de aprofundar competências neste domínio, considerou-se importante a realização, durante o estágio, de um projeto de intervenção, com o título: “Primeiros socorros e Suporte Básico Vida” (Apêndice A).

As diretrizes europeias revelam que os objetivos dos primeiros socorros são essencialmente preservar a vida e promover a recuperação, e são cuidados primários prestados por qualquer pessoa comum no intuito de salvar vidas (Minna & Tommi, 2022). Em muitos países da Europa, é obrigatório, cursos certificados de primeiros socorros para a contratação de funcionários nas creches (Dahal & Vaidya, 2022).

Sendo o EESIP responsável por impulsionar a realização de ações de formação em Suporte Básico de Vida Pediátrico (SBVP), este intervém em parceria com as escolas, na capacitação de alunos e a comunidade escolar, para proporcionar ambientes físicos e sociais promotores de saúde. As crianças são o grupo etário com melhor capacidade de aprendizagem, tanto que, ao nível dos primeiros socorros estas se assemelham ao dos seus professores (Dahal & Vaidya, 2022).

A admissão no serviço de urgência de um adolescente em paragem cardiorrespiratória (PCR) evidenciou a necessidade de formação em SBVP. O adolescente sofreu uma PCR na escola e a comunidade escolar presente não estava preparada para atuar, pelo que até à chegada dos meios de socorro, se passaram mais de 20 minutos. O adolescente deu entrada na sala de emergência com o dispositivo mecânico de compressão torácica (LUCAS), no entanto, apesar dos esforços realizados por parte da equipa de saúde, acabou por falecer. Esta foi umas das situações que demonstrou de forma clara a pertinência da formação e de preparar a comunidade escolar para este tipo de situações, podendo prestar auxílio até à chegada de meios diferenciados.

Para dar resposta às necessidades sentidas promoveu-se uma ação de formação onde se sensibilizou para a necessidade de prestar primeiros socorros e SBVP, com o intuito de capacitar a comunidade escolar para situações de emergência.

A formação SBVP foi então, dirigida à comunidade escolar - docentes e não docentes – incluindo os estudantes, que se revelou um desafio pelas características especiais e específicas das turmas em formação, com dificuldades de concentração e aprendizagem, exigindo o desenvolvimento de técnicas de comunicação eficazes.

A metodologia deve objetivar a envolvência do estudante no processo de ensino/aprendizagem, estimulando a sua criatividade ao unir a teoria com o meio e estimulando a sua autonomia (Santos et al, 2021). Deste modo, a primeira parte da formação descreveu de forma teórica o que são os primeiros socorros e o algoritmo de SBVP, com uma apresentação projetada de forma a objetivar as etapas do mesmo, com recurso a imagens ilustrativas e perceptíveis. A segunda parte da sessão formativa permitiu

a demonstração na prática dos conteúdos demonstrados, com a participação ativa de toda a comunidade escolar, proporcionando momentos para o esclarecimento de dúvidas.

O resultado foi satisfatório, na medida em que se conseguiu cativar a atenção e o envolvimento de todos os participantes. Através de questões colocadas no final da formação constatou-se que a mensagem pretendida foi recebida com sucesso.

O EESIP, para além de planear a execução de cuidados de enfermagem na comunidade escolar, com orientações antecipatórias para implementação de diversos programas de saúde, colabora na elaboração de protocolos entre as diversas instituições da comunidade (Regulamento nº428/2018 de 16 de julho).

O papel desempenhado pelo EESIP nas escolas deve manifestar ações que possam atuar nos fatores de risco, podendo ser um intermediário na implementação de estilos de vida saudáveis (National Association of School Nurses, 2016). Os profissionais de saúde devem encontrar estratégias que permitam alterar o comportamento sendo que a motivação é o impulso necessário à mudança (DGS, 2013).

Todas as intervenções realizadas com crianças e jovens devem considerar a sua fase de desenvolvimento, garantindo a aquisição de conhecimentos relativos à sua saúde. Sendo a formação dirigida especialmente a crianças/jovens com necessidades educativas especiais, foi fundamental encontrar formas de captação da sua atenção e do seu interesse.

A oportunidade da realização desta formação permitiu um conhecimento mais aprofundado da ligação entre a escola e os CSP. A comunicação com os diversos grupos etários revelou-se um desafio a ser ultrapassado, e a envolvência de toda a comunidade escolar mostrou-se muito gratificante neste percurso.

Promover a vinculação de forma sistemática

A vinculação estabelece-se desde o primeiro contato mãe-filho e sustenta-se nas atividades partilhadas, como a amamentação, o banho ou o carinho (Izidoro et al., 2020). O EESIP é o responsável pela promoção da amamentação, sendo que consciencializar as mães dos benefícios da sua prática se constitui um êxito (Ouchi et al., 2017).

O ato de amamentar fortalece os laços afetivos, fomentando essa relação de vinculação (Paixão et al., 2019). O leite materno tem importantes benefícios na saúde do RN, é responsável pela redução da mortalidade na infância ao prevenir infeções (Coelho

& Menezes & Lobo, 2019) e protege contra o excesso de peso (Moraes et. Al., 2019). O leite materno é fundamental e evita que, cerca de 22% dos neonatos morram de infecções, em relação às mães, previne hemorragias, que é a principal causa de morte nas puérperas e promove sentimentos como conforto e tranquilidade para a mãe e para o RN, fortalecendo a vinculação (Sousa et al., 2021). Para Sousa et al. (2021), as vantagens plenas da amamentação resultam da sua exclusividade até ao sexto mês de vida e quando praticada até aos dois anos de idade. O leite adaptado está relacionado com o excesso de peso, pelo que se torna importante promover a amamentação (Cheng et al. 2020).

O EESIP deve promover a amamentação e instruir as mães acerca das suas técnicas e ajudar no esclarecimento das suas dúvidas (Cheng et al., 2020). Durante o percurso realizado verificou-se que as mães no primeiro filho sentem muitas dúvidas e as mães mais experientes estão mais informadas e gostam de partilhar essas experiências com as outras mães. O EESIP deve instruir as mães no processo de amamentação assim como tranquilizá-las quando as mesmas são impedidas de o fazer.

O desejo de ser mãe acontece muito antes do nascimento de um filho, com as suas relações de infância, na adolescência e as suas idealizações, prolongando-se até ao momento da gestação (Zanatta et al., 2017).

Segundo os mesmos autores a maternidade constitui um processo de transição, onde surgem alterações significativas na vida pessoal e conjugal, em que ambos elementos do casal assumem um novo papel: o de pais, justificando por vezes a necessidade de procurar ajuda de pessoas significativas para enfrentar situações de stress no desempenho do seu novo papel.

Ao longo dos estágios constatou-se que a maioria dos filhos era consequência de um ato planeado, mas surgiram algumas situações em que para além de não ser planeado, não existia um envolvimento paterno, nem na divisão de tarefas, nem no suporte emocional, dificultando o processo de transição.

Ser pai ou mãe implica cuidar e preparar o RN para a integração no seio familiar, proporcionando-lhe um crescimento e desenvolvimento saudáveis (OE, 2011). Constatou-se que na maioria das situações o pai quer estar presente ao auxiliar nas tarefas e a mulher ao sentir-se amada consegue desempenhar as suas tarefas com mais qualidade.

Assim, o principal objetivo foi educar e apoiar os pais, estimulando o seu papel parental, de forma que estes se sintam menos desprotegidos e que se adaptem às novas exigências ao auxiliá-los neste novo processo de transformação da vida familiar. A

chegada de um filho pode significar uma crise na relação conjugal, com a alteração de rotinas e encargos financeiros mais elevados (Hockenberry & Wilson, 2014).

Com vista à promoção da parentalidade, na colaboração no Curso de Massagem Infantil proporcionado pela EESIP da Unidade de Cuidados na Comunidade constituiu um momento de grande aprendizagem em temas relacionados com emoções e expectativas dos pais face ao papel parental.

A massagem Infantil tem benefícios para o desenvolvimento neurológico, a regulação do sono, o aumento de peso, promove o relaxamento corporal e para os pais facilita a proximidade ao recém-nascido ou latente e reduz os momentos de ansiedade (Vieira da Cruz et al., 2008).

Durante a realização do Curso de Massagem Infantil, para além da massagem propriamente dita, são abordados temas diversos, promovendo o esclarecimento de dúvidas. Os pais aproveitam o momento para exporem outras questões que os preocupam.

Assim, a EESIP iniciava o curso com uma breve introdução e explicação acerca das vantagens da massagem e com recurso a bonecos demonstrava todos os passos da massagem, os quais os pais iam reproduzindo nos seus bebés.

No final era fornecido, de forma escrita, os benefícios da massagem. Sendo os pais encorajados a usarem a brincadeira de forma a interagir e comunicar com os filhos, sendo que esta é um elemento importante no desenvolvimento infantil e de apoio ao desenvolvimento (Hosokawa & Katsura, 2018). Estes temas permitiram incentivar os pais no desempenho adequado do seu papel e esclarecer as suas dúvidas, promovendo a saúde das crianças.

A promoção da parentalidade está intrínseca ao EESIP e por isso considerou-se, também, conveniente promover e desenvolver outras sessões para a educação parental. Deste modo, realizaram-se duas Ações Educativas para a Saúde sobre “Segurança e prevenção de acidentes no 1º ano de vida” e “Obstrução a via aérea em lactentes e crianças” (Apêndices B e C). As sessões foram preparadas no sentido de educar os pais e capacitá-los de estratégias para que possam prevenir a ocorrência de lesões e atuar em situações de perigo. Considerou-se pertinente abordar este tema uma vez que segundo dados da APSI (2017), entre 1992 e 2015, 6273 crianças morreram vítimas de lesões acidentais.

Os profissionais de saúde têm um papel importante na prevenção de acidentes devido ao contacto frequente com crianças e pais/cuidadores e ao facto de terem

conhecimento do desenvolvimento infantil. Essa posição única facilita a oportunidade de elevar o perfil da prevenção de acidentes sobretudo pelo EESIP.

Os adultos sabem que acidentes leves, arranhões e contusões são inevitáveis e geralmente fáceis de tratar, na verdade eles fazem parte do normal desenvolvimento da criança. No entanto, os acidentes podem ser um grande problema de saúde, ao ser a causa de morte evitável mais comum em crianças em idade pré-escolar e que deixam muitas outras permanentemente incapacitadas ou desfiguradas (Rumhi et al., 2020).

Os custos pessoais de uma lesão podem ser devastadores, efeitos físicos e emocionais duradouros significativos podem afetar a educação e a aprendizagem, as oportunidades de emprego e as relações familiares (Fay, 2018). As lesões acidentais também sobrecarregam o serviço de saúde em termos de assistência, internamento hospitalar, bem como tratamento e reabilitação.

O EESIP compromete-se com o respeito pela criança/jovem e família e com a promoção da sua dignidade, garantindo os melhores cuidados na promoção de um crescimento e desenvolvimento saudáveis. As suas decisões são tomadas antevendo as consequências das mesmas no bem-estar da pessoa.

Assim, o respeito pelo “outro”, implica reconhecer a sua dignidade, as suas crenças e as suas opiniões, não apenas no que concerne à área da prestação de cuidados, mas das necessidades globais do indivíduo e se necessário fazer o encaminhamento para outro profissional mais especializado num determinado problema (artigo 83º do Código Deontológico do Enfermeiro Português, inclusive na Lei nº 111/2009 de 16 de setembro).

A formação relativa à *Obstrução da via aérea no lactente e criança* foi desenvolvida com o intuito de capacitar os pais a agir em situações que ocorrem frequentemente e elucidá-los quanto à importância desse saber agir, aumentando a possibilidade de resolução imediata e evitando o aumento do risco de vida. As sessões realizadas neste Projeto de parentalidade constituíram uma oportunidade também para o esclarecimento de dúvidas dos pais, permitindo desenvolver um papel parental mais ajustado às necessidades do bebé, melhorando a dinâmica comunicacional entre os membros do agregado familiar. As sessões realizadas no âmbito da educação para a saúde permitiram alertar os pais para temas importantes como a alimentação, o desenvolvimento infantil e a prevenção de acidentes. As intervenções centraram-se no estabelecimento de mudanças no comportamento capaz de aumentar o empoderamento das famílias no processo de cuidar (OE, 2015).

Em suma, no âmbito da parentalidade aprimorou-se a capacidade esclarecer as dúvidas das famílias e auxiliar na resolução de problemas, de forma a facilitar o seu processo de transição, garantindo a sua autonomia no processo de tomada de decisão. Salienta-se que a oportunidade de abordar temas como os acidentes na infância contribuiu para um desenvolvimento de competências neste domínio.

2. PREVENÇÃO DE LESÕES ACIDENTAIS NO DOMICÍLIO, EM CRIANÇAS DOS 0 AOS 5 ANOS: CONTRIBUTOS DO EESIP

2.1. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

As crianças são caracterizadas, entre outras particularidades, pela imaturidade ao nível de desenvolvimento, que se caracteriza pela sua menor perceção relativamente a situações de perigo, pelo que os acidentes envolvendo crianças são frequentes. Como refere Dias et al. (2013), as crianças apresentam algumas especificidades que as deixam mais vulneráveis a lesões acidentais traumáticas, nomeadamente as suas capacidades físicas, cognitivas e comportamentais, sendo que estas, ao longo do seu crescimento, se alteram.

De acordo com a OMS (2008), um acidente é uma ocorrência que acontece independentemente da vontade humana, causado por algum tipo de ação repentina e disruptiva, sendo que, nas crianças e jovens, os acidentes são uma causa significativa de incapacidade temporária, permanente e até mesmo de morte, estando associados a elevados custos ao nível pessoal, familiar, social e económico, constituindo um grave problema de saúde pública.

Em 2017, e de acordo com os dados mais recentes, publicados pela Our World in Data (2019), 270 mil crianças e jovens morreram vítimas de acidentes ou lesões. Em Portugal, o relatório de avaliação da APSI (2017), revela que entre os anos de 1992 e 2015, 6.373 crianças e jovens morreram devido a acidentes não intencionais, o que corresponde a uma perda de aproximadamente 360 mil anos de vida.

Os acidentes não intencionais podem ocorrer numa grande variedade de circunstâncias, sendo que neste trabalho nos concentraremos nos acidentes não intencionais ocorridos em contexto doméstico, uma vez que, nas crianças até aos quatro anos de idade, o local de episódios mais frequente de lesão não intencional ocorre em casa (52%) (Ramos et al., 2013).

Os mecanismos mais comuns associados aos acidentes e lesões domésticas não intencionais em crianças incluem as quedas, os cortes, queimaduras e fogo, asfixia, afogamento, envenenamento e armas de fogo (Mohammed et al., 2018). Os mesmos autores referem que as quedas que reúnem o maior número de lesões não fatais, mas, a maioria das mortes está associada a acidentes com armas de fogo.

Como as crianças ainda não têm capacidade de se proteger, colocando-se frequentemente em situações perigosas, é da responsabilidade dos adultos proporcionar um ambiente seguro para que estas se possam desenvolver. Assim, pode-se afirmar que muitas das lesões involuntárias em crianças pequenas, resultam de uma supervisão inadequada e da falha na proteção de potenciais riscos. Durante o percurso realizado constatou-se que queimaduras, traumatismos crânio-encefálicos ou ingestão de produtos tóxicos, eram os motivos mais frequentes de hospitalização. Pretendeu-se intervir na prevenção dos mesmos, na tentativa de alertar os pais para os perigos que existem no domicílio e que são de certo modo subvalorizados, como o armazenamento de produtos em locais de difícil acesso, manter o bebé/criança afastados de líquidos quentes, fixar objetos grandes e pesados de forma segura, nunca deixar o bebé sozinho na cama, seguindo as orientações do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes da DGS (2010).

Tornou-se deste modo, necessário, a realização desta Revisão Integrativa da Literatura para conhecer as intervenções do EESIP para atuar na prevenção de acidentes no domicílio, em crianças dos zero aos cinco anos.

2.2.METODOLOGIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A fase da investigação onde o investigador define os métodos que vai aplicar para atingir as respostas às questões de investigação ou às hipóteses elaboradas anteriormente é denominada de fase metodológica (Fortin, 2009). O autor refere ainda que o investigador define a população e escolhe os instrumentos para a recolha de dados. É uma fase importante que ajuda a garantir que a pesquisa é conduzida de forma rigorosa e científica.

Este estudo, assenta numa Revisão Integrativa da Literatura. A revisão integrativa da literatura tem sido apontada como uma ferramenta importante na síntese das pesquisas disponíveis, numa forma sistemática de revisar a literatura, fornecendo uma análise abrangente do conhecimento disponível, direcionando para a prática baseada na evidência (Sousa et al., 2017).

Este método de investigação tem seis fases distintas: a primeira etapa consiste em selecionar o tema e definir a questão de pesquisa; a segunda etapa consiste em estabelecer os critérios de inclusão e exclusão; a terceira etapa em identificar os estudos pré-selecionados e selecionados; a quarta etapa é relativa à categorização dos resultados dos estudos selecionados; a quinta etapa diz respeito à análise e interpretação dos resultados; a sexta etapa refere-se à apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Botelho et al., 2011).

A primeira etapa dá-se início aquando da definição do problema e a formulação da questão de pesquisa. A definição precisa do problema garante a eficácia na procura dos estudos e permite identificar os estudos incluídos, os meios empregues para a sua identificação e as informações reunidas de cada estudo, como por exemplo a população, as intervenções e os resultados da análise (Souza et al., 2010).

Na segunda etapa, com recurso a motores de busca e bases de dados, são identificados os estudos que serão incluídos na investigação, sendo que estes devem ser documentados de forma clara, incluindo os descritores que foram utilizados, quais as bases de dados consultadas e as estratégias de pesquisa adotadas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão (Whittemore & Knafl, 2005). Após o planeamento da pesquisa, procede-se à seleção dos artigos pela seguinte ordem: título, resumo e texto integral, eliminando-se em cada fase os artigos que não respondem à pergunta de partida e aos critérios de inclusão (Sousa et al., 2017).

Na terceira etapa, compõe-se o modo de recolha de dados por forma a sintetizar as informações relevantes dos estudos. O objetivo é organizar as informações de maneira concisa para garantir a fiabilidade dos resultados e das conclusões (Mendes et al., 2008).

Na quarta etapa, é efetuada uma análise detalhada e crítica dos estudos selecionados, onde se devem questionar os resultados encontrados. É a partir daqui que surgem recomendações para mudar as práticas (Mendes et al., 2008).

A quinta etapa corresponde à discussão dos resultados através do conhecimento teórico, as conclusões e as potenciais implicações resultantes da revisão (Mendes et al., 2008).

A sexta e última etapa consiste síntese das informações de modo que estas possibilitem aos leitores classificar a autenticidade dos procedimentos, dos assuntos abordados e da exposição dos estudos incluídos na revisão (Sousa et al., 2017).

Para a formulação da questão de partida utilizou-se a estratégia PICO (Tabela 1), que representa um acrónimo para Patient (População), Intervention (Intervenção), Comparison (Comparação) e Outcomes (Resultados). Estes quatro componentes são os elementos fundamentais da questão de pesquisa e da construção da pergunta para a pesquisa de evidências (Garcia et al., 2016).

Tabela 1

Estratégia PICO

P(População)	Crianças dos 0 aos 5 anos de idade
I (Intervenção)	Intervenções de Enfermagem preventivas relativamente a acidentes não intencionais no domicílio
C (Comparação)	Sem aplicação
O (Resultados)	Prevenção das lesões acidentais em crianças no domicílio

Pretendeu-se através da revisão integrativa de literatura, analisar os contributos do EESIP na prevenção de lesões acidentais no domicílio, em crianças dos zero aos cinco anos. Deste modo, a pergunta de investigação que desencadeou a realização desta revisão foi:

“Quais as intervenções do EESIP na prevenção de lesões acidentais no domicílio em crianças dos zero aos cinco anos de idade?”

Definiram-se, os descritores: *Accident injuries, Unintentional injuries, Home injuries, Prevent, Intervention, Safety, Newborn, Infant, Child, Preschool e Toddler*, com validação dos mesmos no website da MeSH - *Medical Subject Headings*. O motor de busca utilizado foi a EBSCO nas bases de dados:

- MEDLINE Complete;
- CINAHL Complete;
- Cochrane Central Register of Controlled Trials;
- Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;
- Cochrane Database of Systematic Reviews

Os descritores, os operadores booleanos foram representados pelos termos de ligação AND (combinação restritiva) e OR (combinação excludente). A frase booleana utilizada nas bases de dados foi a seguinte: ((*Accident injuries OR Unintentional injuries OR Home injuries*) AND (*Prevent* OR Intervention* OR Safety*) AND (*Newborn OR Infant OR Child, preschool OR Toddler*))

Os estudos foram submetidos a uma triagem baseada nos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, através da análise do título, resumo e texto integral. Todo o processo de seleção foi validado pelas três investigadoras.

Os seguintes critérios de inclusão foram considerados:

- Artigos com data posterior a 01/01/2017 (encontrada revisão da literatura realizada por Abbassinia & Barati em 2017)
- Artigos nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa;
- Artigos com estratégias de prevenção de acidentes domésticos não intencionais para crianças dos zero aos cinco anos;

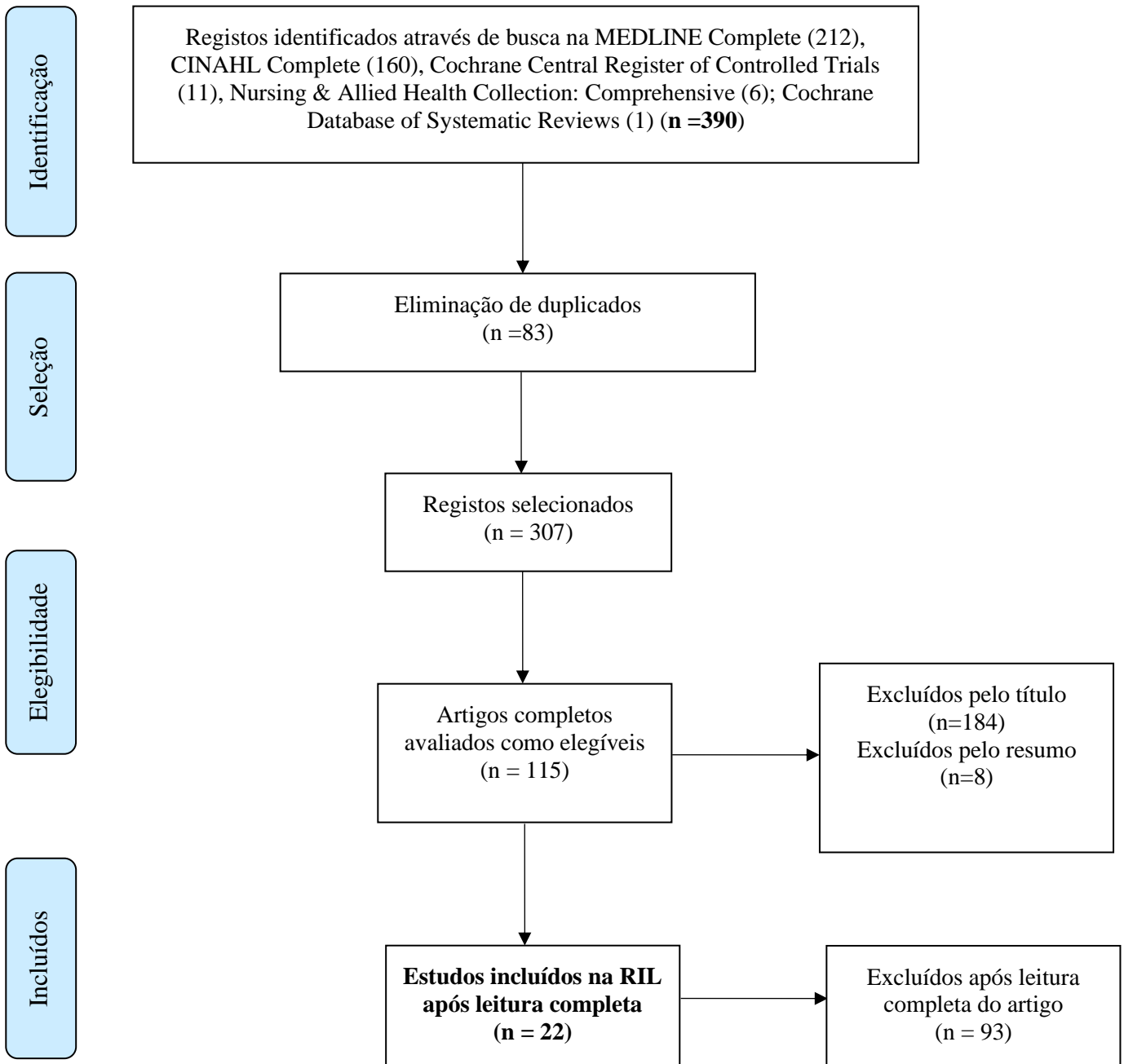
No que concerne aos critérios de exclusão foram definidos:

- Estudos em outras línguas que não o inglês, português ou espanhol;
- Artigos com data inferior a 2017;
- Crianças de outras idades;
- Crianças com défices de atenção/hiperatividade;
- Cuidadores com doenças prévias;
- Lesões em contexto não domiciliário;
- Acidentes com armas de fogo.

Através do fluxograma que é apresentado de seguida (Figura 1), mapeia-se o número de registos identificados, incluídos e excluídos, e as respetivas razões para exclusões dos mesmos.

Figura 1

Processo de identificação e inclusão dos estudos – PRISMA Diagram flow



Como se observa pela análise da Figura 1, foram encontrados 390 artigos no total, tendo sido eliminados de imediato 83 artigos por estarem duplicados. De seguida, pela leitura do título e do resumo eliminaram-se 192 artigos, procedendo-se à leitura na íntegra de 115 artigos. Aquando da leitura integral eliminaram-se 93 artigos por não cumprirem os critérios de inclusão do presente estudo, tendo-se incluído um total de 22 artigos

2.3.RESULTADOS

A extração de dados foi realizada através de uma tabela de análise de dados, e identificado cada artigo com um número, podendo estes serem consultados no Apêndice D. A exclusão dos artigos foi realizada pela autora em conjunto com a orientadora e coorientadora do projeto.

Foram analisados 22 artigos, publicados entre 2017 e 2022 (Tabela 2). Todos os artigos estão escritos na língua inglesa.

Tabela 2

Artigos incluídos por ano de publicação

Ano de publicação	Artigos
2017	62; 123
2018	21; 52; 106; 108; 280
2019	36; 138; 192; 301
2020	239; 316
2021	22; 87; 97; 164; 171; 203; 236
2022	151; 175

Assim, e de acordo com a Tabela 2, pode-se constatar que a distribuição do número de artigos por ano não é homogénea. Verifica-se que em 2021 se registou um máximo de investigação na área em estudo (sete artigos publicados). Em contraponto, no

ano de 2020 apenas foram publicados dois dos estudos incluídos, provavelmente por ter sido um ano altamente atípico, coincidindo com o eclodir da pandemia da Covid-19.

Na Tabela 3, encontra-se a distribuição dos artigos incluídos por país de publicação.

Tabela 3

Artigos incluídos por país de publicação

País de Investigação	Artigo
EUA	21; 52; 123; 138; 316
China	36; 108; 192; 301
Canadá	22
Espanha	236
Reino Unido	151; 239
Israel	164; 175
Irão	171;
Bangladesh	62
Bélgica	87
Coreia do Sul	97
Egito	106
Palestina	203
Austrália	280

De acordo com a Tabela 3, os EUA foram o país onde mais investigações foram conduzidas, com um total de cinco artigos incluídos (Wang et al., 2018; Jones et. al., 2018; Folger et. al., 2017; Melo et. al., 2019; Wang et. al., 2020) liderando, desta forma, a investigação no que concerne à prevenção de acidentes involuntários de crianças em contexto domiciliário. De seguida surge a China, com quatro investigações realizadas

(Ning et al., 2018; Ning et al., 2019; Ning et al., 2018; Zhou et al., 2019;), seguido do Reino Unido com duas investigações (Hill et. al., 2022; Jones et. al., 2020) e Israel também com duas (Daudi et. al., 2021; Shalev et. al., 2022). Dos artigos incluídos no estudo, países como Canadá (Morrongiello et al., 2021), Espanha (Jullien et al., 2021), Irão (Amini et al., 2021), Bangladesh (Khatlani et al., 2017), Bélgica (De Buck et al., 2021), Coreia do Sul (Choi & Anh, 2021), Egito (El Seifi et al., 2018), Palestina (Alrimawi et al., 2021) e Austrália (Clapham et al., 2018), publicaram apenas um artigo no que diz respeito às estratégias de prevenção de lesões acidentais. De salientar, que nenhum dos artigos incluídos foi publicado em Portugal.

Relativamente às idades das crianças consideradas nas amostras e populações destas investigações, estas variaram entre o zero e os sete anos. Os estudos que incluíram crianças com idades acima dos cinco anos, mas também incluíam estratégias de prevenção na faixa etária entre o zero e os cinco anos, foram considerados para esta revisão. Na Tabela 4 pode-se observar as idades incluídas em cada um dos artigos.

Tabela 4

Idades das crianças participantes nos estudos

Idades das Crianças	Artigos
Menos de 6 anos de idade	87; 97; 106;175; 301
Menos de 5 anos de idade	62; 123; 151; 203; 236; 239; 280;
Entre 1 e 2 anos	171; 316
Entre 12 e 32 meses	21
Entre 3,5 e 5,5, anos	22
Entre 3 e 6 anos	36; 108
Entre os 6 meses e 7 anos	52; 192
Entre 6 e 36 meses	138
Entre 3 e 5 anos	164

Os fatores de risco para a ocorrência de lesões acidentais, em crianças com menos de cinco anos, identificados nos estudos incluídos, encontram-se sumariados na Tabela 5. Foi feita uma categorização dos fatores de risco de acordo com características inerentes aos pais, características dos filhos e características do domicílio.

No que concerne aos fatores de risco encontrados nos estudos, eles dividem-se entre características dos pais, das crianças e dos domicílios, mas não de igual modo. Os fatores de risco com maior expressão dizem respeito às características dos pais.

Tabela 5

Fatores de risco identificados nos estudos

Fatores de Risco	Artigos
Características dos Pais	
Padrões deficientes de supervisão parental	36; 52; 62
Nível socioeconómico da família	151; 316
Desconhecimento dos riscos	21
Idade dos pais	106
Escolaridade dos pais	106
Características dos Filhos	
Género Masculino	62; 106
Características dos Domicílios	
Domicílios mal preparados	52

Nos estudos de Ning et al. (2019), Jones et al. (2018) e Khatlani et al. (2017), conclui-se que os riscos estão associados a padrões deficientes de supervisão parental. Já Hill et al. (2022) e Wang et al. (2020), referem que o nível socioeconómico da família tem impacto na ocorrência de lesões acidentais. O desconhecimento dos riscos como

conclui Wanget al. (2018) no seu estudo é, igualmente, apontado como um fator de risco. El Seifi et al. (2018) conclui ainda que a escolaridade dos pais e a idade dos mesmos também influencia a prevenção.

Quanto às crianças, o género masculino está diretamente relacionado com o maior risco para a ocorrência de lesões acidentais (Khatlani et al., 2017; El Seifi et al., 2018).

O estudo de Jones et al. (2018) conclui que domicílios mal preparados constituem um fator de risco para a ocorrência de lesões acidentais.

O objetivo central da presente revisão integrativa é a análise dos contributos do EESIP na prevenção de lesões acidentais no domicílio, em crianças dos zero aos cinco anos. Assim, na Tabela 6 apresentam-se as diferentes estratégias de intervenção identificadas. De notar que estas intervenções recorrem a inúmeras estratégias, suportes e plataformas, acompanhando os novos tempos, nomeadamente, no que concerne à evolução tecnológica.

Tabela 6

Estratégias de intervenção identificadas nos estudos

Estratégias de Prevenção	Artigos
Programas educacionais – pais	21; 106; 171; 203; 236; 280; 301; 316
Aplicações móveis	36; 97; 108; 192; 239
Programas institucionais	151; 164; 175
Programas educacionais – crianças	22; 87
Supervisão Parental	52; 62
Serviços de mensagens (SMS)	138
Visitas domiciliárias	123

Como se pode verificar na Tabela 6, os estudos de Wang et al. (2018), El Seifi et al. (2018), Amini et al. (2021), Alrimawi et al. (2021), Jullien (2021), Clapham et al.

(2018), Zhou et al. (2019) e Wang et al. (2020), identificaram os programas educacionais direcionados aos pais como uma estratégia de prevenção.

Os programas educacionais para crianças foram identificados nos estudos de Morrongiello et al. (2021) e De Buck et al. (2021) como uma estratégia eficaz na prevenção.

A supervisão parental tem também um papel relevante na prevenção de lesões acidentais, como concluem Jones et al. (2018) e Khatlami et al. (2017), em que as visitas domiciliárias, para acompanhamento familiar, são também identificadas como estratégia de prevenção (Folger et al., 2017).

Outra das estratégias identificadas nos artigos em estudo foram os programas institucionais (Hill et al., 2022; Daudi et al., 2021; Shalev et al., 2022).

Em cinco artigos (Ning et al., 2019; Choi et al., 2021; Ning et al., 2018; Ning et al., 2019; Jones et al., 2020), as aplicações móveis, resultado dos tempos tecnológicos, revelaram-se uma estratégia de sucesso. O serviço de mensagens com informação educativa, como estratégia de educação foi identificado no estudo de Melo et al. (2019).

2.4 DISCUSSÃO

O Internacional Council of Nurses (2019) define família como um conjunto de pessoas, um coletivo, ligadas por consanguinidade ou afinidade importantes para a pessoa, e desta forma a família é vista para além do indivíduo. Minuchin (1990), menciona que família se refere a um conjunto de pessoas que se relacionam entre si com base num sistema de regras que organiza a interação dos seus membros. No interior da família, os indivíduos podem construir subsistemas, havendo diferentes níveis de poder, e onde a dinâmica familiar pode influenciar o comportamento e desenvolvimento de cada indivíduo.

Para além da capacidade de constante adaptação do sistema familiar na promoção da saúde familiar, as suas capacidades de aprendizagem e desenvolvimento constituem-se, de acordo com Friedman (1998), como influência essencial na manutenção ou melhoria do funcionamento familiar, face às mudanças dos processos de saúde da família. O processo de formação de identidade, e a estruturação de papéis, são aspetos que auxiliam o desenvolvimento dessas capacidades, bem como os processos de comunicação e cooperação que favorecem o desenvolvimento da manutenção de rotinas de saúde individuais e familiares (Figueiredo, 2012). O sistema familiar percebe-se como aliado nos cuidados e promotor da saúde dos subsistemas e do próprio núcleo familiar (Wright & Leahey, 2009). Deste modo, todas as intervenções de Enfermagem, devem destacar a capacidade das famílias na resolução de problemas, bem como o papel do enfermeiro na construção de soluções (Figueiredo, 2012).

Ficou patente que a supervisão parental ou cuidadores significativos é central na prevenção. Deste modo, para o desenvolvimento de um plano de intervenção, a família deverá ser o foco central das intervenções. A família como unidade caracteriza-se fundamentalmente pelas relações estabelecidas entre os seus constituintes, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade (Figueiredo & Martins, 2010).

A intervenção vocacionada para a família, realizada pela Enfermagem, recorre à utilização de modelos teóricos que possibilitam a efetivação de cuidados orientados para a recolha de dados e também para o planeamento das intervenções necessárias. Estes

modelos vão determinar um quadro de referência de modo que se pense sobre os fenómenos de Enfermagem de forma correta e coerente (Figueiredo & Martins, 2010).

Enquadrou-se assim o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary (Wight & Leahey, 1994), uma vez que este permite a avaliação da organização familiar tendo em conta diferentes sistemas: sistema individual, o sistema familiar e o suprassistema. Durante a avaliação da família é imperativo pesquisar a sua estrutura, ou seja, os constituintes da mesma, qual o vínculo e o contexto. Deste modo pode identificar-se a estrutura interna, externa e o contexto (Souza et al., 2010).

Desenvolvido pelas enfermeiras Wight e Leahey (1994), o Modelo de Calgary apresenta uma estrutura multidimensional integrada e enraíza-se na teoria de sistemas, cibernética, comunicação e mudança. Avalia, de forma transversal, a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento familiares.

Aplicando o Modelo Calgary de Avaliação de Famílias, realiza-se a análise de famílias específicas, nomeadamente, aquelas que sejam identificadas como famílias com maiores taxas de lesões, de forma a desenvolver um plano de intervenção personalizado. Tendo em conta as estruturas familiares das crianças importa em primeiro lugar, identificar os fatores de risco que se encontram presentes naquele domicílio, nomeadamente ao nível ambiental, mas também ao nível comportamental dos elementos da família, de forma a se desenvolver uma intervenção adequada.

À luz do modelo de Calgary, e de acordo com a presente revisão, o EESIP será capaz de compreender a estrutura da família, quem faz parte dela e quem são os seus membros (núcleo familiar, comunidade escolar e as instituições), por forma a planear as estratégias de intervenção mais adequados e necessárias à prevenção de acidentes não intencionais nas crianças.

Identificação dos fatores de risco

Numa primeira análise à família devem ser identificados os fatores de risco existentes, no que diz respeito às características dos pais, das crianças e do domicílio.

Características dos pais

À luz da presente revisão, a inexistência de supervisão parental está relacionada com a taxa de mortalidade (Ning et al., 2019; Jones et al., 2018; Khatlani et al., 2017). Jones et al. (2019), concluíram ainda que a intervenção com uma aplicação móvel não

reduziu a incidência da lesão, mas contribuiu para uma melhoria no comportamento dos pais.

Outro ponto a ter em conta são os fatores socioeconómicos. Estes têm sido apontados como um dos principais fatores de risco para a ocorrência de lesões involuntárias nos domicílios em crianças. O risco de lesões é mais elevado em famílias com nível socioeconómico mais baixo (Hill et al., 2022). No Reino Unido (Hill et al., 2022), após se detetar que as condições sociodemográficas tinham influência nas taxas de lesões não intencionais, foi desenvolvido o programa *Safe At Home (SAH)*, um programa de segurança domiciliária para prevenir lesões em crianças com menos cinco anos dirigidas às famílias identificadas.

O conhecimento dos riscos também deve ser alvo de avaliação. O baixo conhecimento é aceite como fator de risco, mas pode ser aumentado com a realização de sessões de intervenção para capacitação dos pais (Wang et al., 2018).

A idade das mães também parece ser um fator importante no que diz respeito à prevenção. No estudo de El Seifi et al. (2018), conclui-se que a idade mais elevada pode estar relacionada com maior conhecimento, devendo-se ao aumento da experiência e consciência. Os mesmos autores apontam a escolaridade como um fator de risco, sendo que mães com níveis de escolaridade mais elevada apresentam melhorias na atitude e práticas, tornando-se importante privilegiar planos de intervenção a mães jovens e baixos níveis de escolaridade.

Características da criança

Khatlani et al. (2017), concluíram que crianças do sexo masculino são mais propensas a sofrerem lesões não intencionais, sendo que estas tendem a ter um comportamento de maior risco. Os pais por sua vez, tendem a supervisionar as crianças do sexo feminino mais de perto. Concluíram ainda que as lesões não intencionais resultam da associação entre as características da criança com os fatores ambientais e as práticas de supervisão. O comportamento mais ativo das crianças do sexo masculino pode estar ligado à incidência de lesões acidentais concluíram El Seifi et al. (2018).

Assim, ambos os estudos de Khatlani et al. (2017) e El Seifi et al. (2018) são consistentes no que respeita à propensão das crianças do sexo masculino a sofrerem lesões acidentais.

Características do domicílio

Jones et al. (2018), concluíram que uma percentagem elevada de lesões acidentais está relacionada com as características da casa, e envolviam móveis, brinquedos, alimentos e produtos tóxicos

Identificados os fatores de risco que possam estar presentes na família a ser alvo de avaliação, importa delinear estratégias de intervenção que passam por adequar recursos das próprias famílias, assim, como da comunidade em que se inserem.

Intervenções de Enfermagem na Prevenção de Acidentes dos 0 aos 5 anos

Na pesquisa realizada verificou-se que existiam diversos programas para a prevenção e redução de acidentes no domicílio, quer seja através de Programas de Intervenção mais gerais e institucionais para uma determinada população ou localidade, quer seja através de Programas de Intervenção mais direcionados a famílias com fatores de risco inerentes. Estes programas recorrem a diversas estratégias implementadas, como sessões de educação sobre segurança (Wang et al., 2018; El Seifi et al., 2018; Amini et al., 2021; Alrimawi et al., 2021; Jullien, 2021; Clapham et al., 2018; Zhou et al., 2019; Wang et al., 2020), supervisão parental (Jones et al., 2018; Khatlami et al., 2017), direcionados às crianças (Morrongiello et al., 2021; De Buck et al., 2021) e mais especificamente, com visitas domiciliárias (Folger et al., 2017). De salientar, que o recurso a tecnologias foi considerado promissor para complementar estas diferentes abordagens à problemática (Ning et al., 2019; Choi et al., 2021; Ning et al., 2018; Ning et al., 2019; Jones et al., 2020, Melo et al., 2019).

Programas de Intervenção na Prevenção de Acidentes

Uma das estratégias identificadas é o desenvolvimento de programas institucionais, direcionados para as famílias, mais especificamente para os pais, e em minoria programas direcionados para as crianças. Estas intervenções são realizadas nos domicílios através do fornecimento de equipamentos de segurança.

Nos estudos incluídos na presente revisão, são identificados os programas *Safe at Home* (Hill et al., 2022), *SHABI - Keepin our children Safe in Hebrew* (Daudi et al., 2021), e *SHABI -Keeping our Children Safe* (Shalev et al., 2022). Todos eles são unânimes no facto de que estes programas aumentam a consciência dos riscos e diminuem a incidência das lesões. O Programa *Safe At Home*, especialmente direcionado para famílias com baixos rendimentos socioeconómicos, mostrou ter bastante sucesso no que

respeita à prevenção dos acidentes não intencionais em domicílios (Hill et al., 2022). Um programa semelhante foi aplicado em Israel, o SHABI, implementado por estudantes de Enfermagem, obteve resultados próximos, sendo que após a primeira visita, 64% dos pais relataram uma maior consciência sobre a segurança doméstica e 59% de referem que a visita melhorou a segurança doméstica, de uma forma culturalmente adequada (Daudi et al., 2021). Outro estudo realizado para a análise do SHABI, por Shalev et al. (2022) mostrou que, com as visitas domiciliares dos estudantes de saúde, houve um acompanhamento da implementação de medidas de segurança domiciliar, verificando-se uma tendência para a diminuição da ocorrência de lesões infantis.

Nos programas educacionais vocacionados para crianças, Morrongiello et. al. (2021) identificaram como estratégia de prevenção, o uso de um livro educacional de histórias, o qual as crianças liam com as mães. O livro é uma ferramenta que pode ser usada em qualquer horário, sendo por isso flexível e o seu conteúdo é acessível a mães com pouco treino. Os mesmos autores defendem que proporcionar oportunidades para o raciocínio indutivo, promove a compreensão e aumenta o conhecimento. De Buck et al. (2021), concluíram que o facto de frequentar a creche associado à educação dos pais e da comunidade como estratégia de prevenção, reduziu o número de mortes por afogamento em comunidades com nível socioeconómico médio/baixo. As crianças destas comunidades são mais vulneráveis que as crianças que não frequentam a escola, uma vez que ficam sem supervisão por períodos maiores de tempo, enquanto os pais trabalham ou cuidam da casa. As creches permitem a supervisão infantil e deste modo, diminuir a exposição a situações de risco (De Buck et. al., 2021).

Estratégias de Intervenção Educacionais

As estratégias de intervenção educacionais para potenciar os conhecimentos e capacidades, direcionadas aos pais e pessoas de proximidade, mostraram-se essenciais, através de medidas mais contextualizadas culturalmente e ao nível mais nuclear, uma vez que, a qualidade da supervisão parental e as características dos pais são vistos como fatores centrais no que respeita à prevenção das lesões involuntárias no domicílio.

A educação para a supervisão junto dos pais foi destacada no estudo realizado por Wang et al. (2018), considerando que a maior parte das lesões são evitáveis e como tal, os pais devem ser educados no que diz respeito aos acidentes e lesões domésticas não intencionais. El Seifi et al. (2018) mostraram, também, que um programa de intervenção educacional numa região rural do Egito melhorou significativamente os conhecimentos,

a atitude e a autoeficácia das mães no que diz respeito aos ferimentos domésticos e às medidas de primeiros socorros. O ensino de regras de segurança às crianças por parte dos pais, mostrou-se bastante benéfico para mitigar os riscos de lesões involuntárias em crianças em idade pré-escolar chinesas através da melhoria dos comportamentos de segurança infantil (Zhou et al., 2019).

Alrimawi et al. (2021), concluíram que um programa de intervenção tem de ser abrangente, ou seja, deve apresentar uma combinação de abordagens, que incluam a modificação das condições físicas do lar e arredores, a aplicação das leis e regulamentos relevantes, e a educação dos pais e dos cuidadores, para aumentar a consciência sobre a proteção relativamente às crianças contra ferimentos acidentais. Resultados obtidos no mesmo sentido observam-se no estudo realizado por Jullien (2021), que após um levantamento das principais recomendações a nível internacional para prevenir lesões não intencionais em crianças com menos de cinco anos de idade, realça que há que desenvolver programas onde se combina objetivos de modificações ambientais e comportamentais, podendo estas ser alcançadas através da educação e da aplicação da engenharia para alterar os produtos ou modificar o ambiente.

O programa *Aboriginal Family Workers*, desenvolvido junto das populações aborígenes da Austrália, também demonstrou ser altamente eficaz, tendo-se identificado, após a sua aplicação, melhores atitudes relativamente à segurança doméstica e comunitária e com mudanças no ambiente para o tornar seguro que foram realizadas de forma culturalmente apropriada (Clapham et al., 2018).

Alguns dos programas educacionais direcionados aos pais são baseados em teorias psicológicas. No estudo realizado por Amini et al. (2021), desenvolveu-se um programa de educação tendo como paradigma teórico a Teoria do Comportamento Planeado, com os seguintes constructos: controlo comportamental percebido, intenção comportamental e normas subjetivas. Os resultados mostraram diferenças significativas entre os grupos, nomeadamente uma melhoria em termos de consciência e práticas preventivas.

A supervisão parental é uma das estratégias propostas que pode recorrer-se dos diversos programas referidos anteriormente, após intervenções de promoção de conhecimentos e capacidades dos pais na prevenção de acidentes. Principalmente, após a ocorrência de lesões não intencionais, muitos pais fazem modificações nas suas casas de forma a prevenir uma nova ocorrência, no entanto, relatam que não mudam o seu padrão de supervisão, preferido fazer as modificações ambientais necessárias, como por exemplo, guardar os produtos químicos e medicamentos em sítios de difícil alcance para

as crianças (Jones et al., 2018). Porém, o padrão de supervisão é um importante fator preventivo de lesões não intencionais, devendo ser feito um trabalho no âmbito das estratégias de supervisão apropriadas junto dos pais e outros cuidadores, como ficou provado no trabalho realizado por Khatlani et al. (2017), que demonstrou que crianças com supervisão de adultos e a nível comunitário, apresentam uma menor probabilidade de lesões involuntárias, neste caso de afogamento.

As visitas domiciliárias por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente, dos enfermeiros, também revelam ser essenciais para essa prevenção, como verificou o estudo realizado por Folger et al. (2017). As crianças que recebiam estas visitas apresentavam taxas menores de lesões involuntárias, muito pelo trabalho e intervenção de proximidade realizada junto dos pais, tanto ao nível comportamental como ao nível de modificações do ambiente.

De facto, intervenções mais direcionadas e específicas, com acompanhamento individualizado, mostraram ser mais eficazes no que respeita à mudança comportamental e prevenção de lesões não intencionais, especialmente em famílias com múltiplos problemas de segurança, permitindo uma abordagem adequada de cada caso (Wang et al., 2020).

Utilização de Tecnologias

Os programas junto dos pais são, portanto, essenciais para a prevenção de lesões em crianças nestas faixas etárias, sendo que, as novas tecnologias assumem uma particular relevância. O recurso a aplicações móveis é apontado em cinco dos estudos como estratégia eficaz na prevenção de lesões acidentais (Choi & Ahn, 2021; Ning et al., 2018; Ning et al., 2019; Jones et al., 2020). Ning et al. (2019), concluíram que o uso destas aplicações não reduz a incidência das lesões, mas melhoram o comportamento dos cuidadores.

Enquadrado no recurso às novas tecnologias, Mello et al. (2019), desenvolveram um serviço de mensagens de texto e vídeo direcionados para a prevenção de lesões, conhecimento, comportamento e autoeficácia nas jovens mães, sendo que a grande maioria das participantes consideraram que estes seriam instrumentos eficazes para evitar lesões não intencionais nos seus filhos.

Ning et al. (2018), elaboraram um projeto para o desenvolvimento de uma aplicação a ser utilizada em *smartphone* para os cuidadores de crianças em idade pré-escolar de forma a prevenir lesões involuntárias. Os mesmos autores, no ano seguinte,

aferiram a aceitação dessa mesma aplicação de telemóvel junto dos pais, tendo recebido um feedback bastante positivo (Ning et al., 2019).

Choi et al. (2021), estudaram a eficácia de um programa de educação parental, tendo como base um programa *e-learning*, utilizando o modelo ADDIE (Análise, Design, Desenvolvimento, Implementação e Avaliação), para a prevenção de lesões não intencionais, sendo que o grupo experimental revelou um maior conhecimento sobre estratégias de prevenção deste tipo de lesões.

De um modo geral, a utilização de aplicações para *smartphone* de saúde é bem recebida pelos pais, sendo que o desenvolvimento de uma aplicação para telemóvel de promoção de saúde, como o nome “*Grow up Safely*” de forma a apoiar pais e cuidadores na redução de lesões involuntárias em crianças com menos de cinco anos, realizada por Jones et al. (2020) foi muito bem recebida pelas mães inglesas, especialmente se esta for recomendada por um profissional de saúde ou aprovada por uma organização de saúde respeitável.

Através da análise dos resultados deste estudo, pode-se concluir que as principais estratégias de intervenção, identificadas nos 22 artigos incluídos na presente Revisão Integrativa da Literatura têm, dois grandes destinatários: os pais e/ou cuidadores e de forma incipiente as crianças. As estratégias educacionais mostram-se fundamentais neste contexto para a modificação de padrões de supervisão desajustados que colocam as crianças em risco de sofrerem lesões não intencionais devido a comportamentos perigosos que têm sem supervisão. Como refere a APSI (2014), uma supervisão atenta da criança é central para que a sua segurança esteja garantida.

Estes programas educacionais apoiam-se na importância da literacia para a saúde e da literacia familiar. A literacia em saúde define-se como o conjunto de aptidões no domínio cognitivo e social que validam o encorajamento e a capacidade de cada indivíduo para alcançar, compreender, avaliar e aplicar a informação de forma a manter e promover uma vida saudável, podendo ser denominada de alfabetização em saúde (Zarcadoolas et al., 2006). Os mesmos autores referem que a literacia em saúde promove mais cuidados e maior prevenção e por isso menos hospitalizações e menos mortes prematuras, podendo desta forma, dar melhor uso aos serviços de saúde e à informação disponível.

A investigação sugere que os profissionais devem ter em atenção as desigualdades de oportunidades de desenvolvimento de competências de literacia emergente. Importa ter em conta as características sociodemográficas dos pais/figuras parentais que têm sob a sua responsabilidade nestes programas educacionais, pois a literatura parece apontar, o

nível de educação e socioeconómico dos adultos, como fatores mediadores do desenvolvimento da literacia dos pais e cuidadores (Silva et al., 2009).

Também se observou a crescente importância e relevância da digitalização no âmbito da Enfermagem, nomeadamente, no apoio à prevenção de lesões não intencionais em crianças, sendo vários os artigos que apresentaram intervenções tendo como base aplicações móveis para utilização em *smartphones*. A esta digitalização dá-se o nome de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) e pode tornar sistemas de saúde mais eficientes (Comissão Europeia, 2012). Estes avanços tecnológicos têm influenciado os processos de trabalho em Enfermagem e transformado os mais diversos contextos profissionais (Freire et al., 2015). De acordo com Wu et al. (2017), o uso das TIC na prática de Enfermagem, permite uma intervenção mais eficiente e segura.

Cada vez mais a tecnologia é parte central da vida das pessoas, sendo que a Enfermagem se deve, naturalmente, adaptar a esta nova realidade.

2.5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Durante a elaboração da presente revisão integrativa, a tecnologia revelou-se uma estratégia eficaz de intervenção em lesões acidentais. Consciente de que a tecnologia, nomeadamente os telemóveis são, hoje, um instrumento de comunicação, mas também de pesquisa, parece oportuno afirmar que se pode beneficiar deste facto e aproveitá-lo para um fim educativo.

Neste sentido, a proposta de intervenção passaria pela criação de uma aplicação para *smartphone* em que seriam fornecidos de forma didática conhecimentos que permitissem a prevenção de lesões acidentais para as diferentes fases de desenvolvimento até aos cinco anos. O desenvolvimento da aplicação móvel poderia ser desenvolvido em parceria com outras instituições académicas ou empresas de desenvolvimento de *software*, sendo estabelecidas parcerias na comunidade para difusão desta estratégia. A título de exemplo, apresentar a aplicação na comunidade escolar (creches, infantários, pré-escola) e cuidados de saúde primários, para que pudessem propor a utilização desta ferramenta aos pais e cuidadores, de modo a aumentar a literacia neste domínio e dotá-los de estratégias preventivas.

Uma vez que seria feito uma abordagem próxima na comunidade e sendo que o espaço físico, em si mesmo, pode ser um fator para a ocorrência de acidentes, a intervenção também contemplaria o levantamento desses riscos e a proposta de alterações necessárias para tornar os espaços recreativos e comunitários comuns mais seguros.

Nesta revisão ficou claro que famílias com determinados fatores de risco ou especificidades culturais podem necessitar de intervenções mais próximas e específicas. Deste modo, um programa eficaz será o da visita domiciliária. O levantamento mais próximo das necessidades das famílias, relativamente à segurança doméstica é uma mais-valia na intervenção precoce da mesma. O uso da comunicação adequada e ajustada a cada situação cultural e de escolaridade permite transmitir a informação de forma que esta seja compreendida e aceite. A proximidade com a família constitui a criação de um vínculo de confiança entre o EESIP e comunidade, capaz de obter ganhos no que respeita a literacia em saúde. A aplicação móvel poderia ser utilizada como complemento às visitas domiciliárias, permitindo uma área de acesso restrito, para que fossem colocadas

dúvidas e apresentadas as dificuldades percebidas pelos pais/cuidadores entre visitas, e ainda o envio de pequenos vídeos/mensagens para reforço dos ensinamentos realizados. Nas visitas domiciliares subsequentes, seria feita uma avaliação das competências desenvolvidas e planeavam-se novas intervenções, se necessário.

O contacto próximo com a família, no seu meio ambiente visa, ainda, o levantamento das necessidades quer físicas, quer intelectuais, com o objetivo de em conjunto com as entidades locais, nomeadamente Juntas de Freguesia, Câmaras Municipais, Instituições particulares de solidariedade social, no sentido de obter apoios para a prevenção, como material de proteção para as famílias mais carenciadas e sem poder monetário para equipar as suas casas de forma segura.

O objetivo maior seria prevenir a ocorrência de lesões acidentais, consciente de que a sua anulação será um processo difícil, pelo que se considera igualmente importante a atuação precoce, contemplando uma diminuição dos riscos de morbilidade e mortalidade associados às lesões. Assim, na intervenção dirigida à comunidade, seria também pertinente formações de Primeiros Socorros Pediátricos e de SBVP, perspetivando uma correta intervenção em caso de lesões leves a graves.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluída esta fase importa fazer um balanço. A escolha da realização do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica prendeu-se com a necessidade de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das específicas do EESIP.

Ao longo de todo o processo de ensino e aprendizagem, quer através da observação e análise, quer do saber transformado em prática e posterior reflexão, pode-se concluir que contribuíram para o crescimento enquanto profissional, mas também a nível pessoal.

Durante o período de formação, foram adquiridas as competências essenciais e centrais de EESIP, sendo que os estágios constituíram a oportunidade de se fazer a ponte entre os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do percurso académico e a prática profissional, conforme apresentado no primeiro capítulo. A adoção da metodologia reflexiva neste capítulo foi um desafio, mas que, sem dúvida, permitiu apurar o espírito crítico e fazer a interligação entre o que se fez na prática e a evidência científica que cada intervenção e competência exige.

As ciências estão em constante evolução, e a prática deve reger-se pela melhor evidência disponível. Desta forma, este percurso foi crucial no reconhecimento da importância da investigação para uma melhoria na prática de cuidados baseada na evidência.

No decorrer dos estágios a necessidade de intervir quer na capacitação dos pais para lidar com situações emergentes, quer na prevenção de acidentes constituiu o ponto de partida para a realização da Revisão Integrativa da Literatura, apresentada no segundo capítulo, de forma a identificar quais as intervenções do EESIP na prevenção de lesões acidentais no domicílio em crianças dos 0 aos 5 anos de idade. Desta forma, aprofundou-se uma área de atuação do Enfermeiro Especialista, considerando que as lesões acidentais nas crianças se assumem como um verdadeiro problema de saúde pública, quer pela gravidade associada, quer pelos custos significativos implicados na saúde e bem-estar das crianças, jovens e das suas famílias. Apesar de uma considerável redução da sua incidência ao longo dos anos, fruto de um esforço consertado na prevenção, esta continua

a ser uma área que necessita de particular atenção e intervenção especializada. A revisão permitiu perceber que as famílias poderão ser empoderadas para a prevenção de acidentes nas crianças e o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary permite aos enfermeiros ESIP identificar famílias que necessitam de intervenções personalizadas nesta área de atuação.

Assim, com base nas estratégias mais adequadas, identificadas na revisão integrativa da literatura, formulou-se uma proposta de intervenção geral na comunidade e intervenções mais personalizadas ao nível familiar para prevenção de lesões acidentais. A proposta de intervenção é baseada no desenvolvimento de uma aplicação móvel com conteúdo didático que permita aumentar o conhecimento na prevenção de lesões acidentais e em complemento, nas famílias identificadas como de risco, a realização de visitas domiciliárias para promover a segurança nos ambientes com recurso a parceiros na comunidade, capacitação dos pais na redução dos riscos e aumento de fatores protetores, de forma a prestar cuidados de enfermagem personalizados e culturalmente competentes.

Ao longo deste percurso, ficou demonstrada, de forma inequívoca, a importância que o EESIP tem na capacitação dos pais em diversos domínios da parentalidade quer a nível hospitalar, quer ao nível dos cuidados de saúde primários. Destaca-se a promoção de segurança infantil e na prevenção de acidentes domésticos, através de intervenções adequadas em cooperação com as famílias, as próprias crianças e jovens e com outros profissionais de saúde.

A investigação pode surgir das necessidades e experiências vividas na prática diária, como foi o caso apresentado neste relatório. Futuramente, consciente de que este é um tema vasto, seria pertinente aprofundar conhecimentos e estratégias de prevenção das lesões acidentais em outros contextos para além do domicílio, assim o como em outras etapas do desenvolvimento infantil.

O Mestrado constituiu um percurso de profunda aprendizagem que permitiu adquirir as capacidades e competências necessárias ao EESIP. Nesta fase final fica um sentimento de realização e de aprendizagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, J.M.N.O., Amendoeira, J.J.P. & Charepe, Z.B.(2017). A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde.Revista Gaúcha Enfermagem.;38(www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem)
- Amini, R., Kalvandi., N., Khodaveisi, M., & Tapak L. (2021). Investigation of the Effect of Education Based on the Theory of Planned Behavior on the Mothers Preventive Practices Regarding Toddler Home Injuries. *Home Health Care Management & Practice.*, 33(4), 250-257. doi: <https://doi.org/10.1177/108482232110000>
- Amorim C, Barlem E, Mattos M, Costa S. & Oliveira S. (2019). Comunicação de notícias difíceis na atenção básica à saúde: barreiras e facilitadores percebidos por enfermeiras. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190017>.
- Azevedo, A.V.S., Junior, A.C.L., Crepaldi, M.A. (2015). Interação Equipe Enfermagem, Família, e Criança hospitalizada: Revisão Integrativa. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.26362015>.
- Brito, J.S., Silva, A.C.C., Lacerda, S.N.B., Fernandes, J.B.A., Medeiros, R.L.S.F.M., & Temoteo, R.C.A., 2020. Dificuldades enfrentadas na perspectiva da gestante adolescente. *Revista de Enfermagem* 9(11), 9833-9838. doi: <https://doi.org/10.5205/reuol.8008-72925-1-ED.0911201525>
- Campos, C. M. (2017). A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de Enfermagem. *Psilogos*, 15(1), 91–101.
- Casey, A., & Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*, 67–68.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058-1062.
- Cheng, H., Eames-Brown, R., Tutt, A., Laws, R., Blight, V., McKenzie, A., Rossiter, C., Campbell, K., Sim, K., Fowler, C., Seabury, R., & Denney-Wilson, E. (2020). Promoting healthy weight for all young children: a mixed methods study of child and family health nurses' perceptions of barriers and how to overcome them. *BMC Nursing*, 19(1), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00477-z>
- Choi, Y., & Ahn, Y. (2021). Developing and Evaluating a Mobile-based Parental Education Program for Preventing Unintentional Injuries in Early Childhood: A

- Randomized Controlled Trial. *Asian Nursing Research*, 15 (2021), 329-336. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2021.12.001>.
- Clapham, K., Bennett-Brook, K., & Hunter, K. (2018). The role of Aboriginal family workers in delivering a child safety-focused home visiting program for Aboriginal families in an urban region of New South Wales. *Health promotion journal of Australia: official journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, 29(2), 173–182. <https://doi.org/10.1002/hpja.174>
- Comissão Europeia. (2012). *Plano de Ação para a Saúde em Linha, 2012-2020 - Cuidados de saúde inovadores para o século XXI*.
- Internacional Council of Nurses (2019). *International classification for nursing practice*. Disponível: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- De Buck, E., Vanhove, A., Veys, K., Lang, E., & Vandekerckhove P. (2021). Day care as a strategy for drowning prevention in children under 6 years of age in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD014955. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014955>.
- Dahal, G.R. & Vaidya, P. (2022). Conhecimento de primeiros socorros em alunos e professores escolares. *J Nepal Health Res Counc*. Jan-Mar. 20(54), 96-101.
- Daudi, L., Luder, A., Spitzer-Shohat, S., & Rudolf, M. (2021). Increasing cultural competence through experience-based learning: Preventing child Injury in Israel. *European Journal of Public Health*, 31 (3), iii56.
- Delvecchio, E., Salcuni, S., Lis, A., Germani, A., & Di Riso, D. (2019). *Hospitalized Children: Anxiety, Coping Strategies and Pretend Play*. *Frontiers in Public Health*, 7, 250. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00250>.
- Diogo, P.M.J., Freitas, B.H.B.M., Costa, A.I.L. & Gaíva, M.A.M. (2020). O cuidar em enfermagem pediátrica na perspectiva das emoções: de Nightingale à atualidade. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(4) <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0377>.
- Direção Geral de Saúde. (DGS). (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/DGS_dor_pediátrica.pdf
- Direção Geral de Saúde (DGS) . (2011). *Maus tratos em Crianças e Jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. s.l. : Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saudeinfantil-e-juvenil.aspx>

- Direção Geral da Saúde. (DGS). (2013). *Relatório de caracterização da oferta curricular no ensino pré-graduado dos profissionais de saúde em prevenção e controlo do tabagismo. Programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo*. Lisboa, Portugal: MS.
- Direção Geral do Consumidor, & Associação Portuguesa dos Nutricionistas. (2013). *Guia para educadores - Alimentação em idade escolar*. https://www.apn.org.pt/documentos/guias/GuiaAPN_AlimentacaoIdadeEscolar.pdf
- El Seifi, O. S., Mortada, E. M., & Abdo, N. M. (2018). Effect of community-based intervention on knowledge, attitude, and self-efficacy toward home injuries among Egyptian rural mothers having preschool children. *PloS one*, *13*(6), e0198964. . <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198964>.
- European Resuscitation Council Guidelines 2021: *Basic Life Support*. Disponível em <https://www.cprguidelines.eu/assets/guidelines/European-Resuscitation-CouncilGuidelines-2021-Ba.pdf>
- Fay, C. (2018). *Natural disasters, car accidents, and boat crashes! Oh my!" The long term psychological and physiological effects of non-abuse trauma in childhood*. Thesis in Psychology. The University of Arizona.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures: Lusociência.
- Folger, A. T., Bowers, K. A., Dexheimer, J. W., Sa, T., Hall, E. S., Van Ginkel, J. B., & Ammerman, R. T. (2017). Evaluation of Early Childhood Home Visiting to Prevent Medically Attended Unintentional Injury. *Annals of emergency medicine*, *70*(3), 302–310.e1. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.01.029>
- Friedman, M. M. (1998) *Family Nursing: Theory and Practice* (3rd Ed.). Norwalk, Connecticut: Appleton and Lange.
- Granel, N., Manresa, J.M.D., Watson, C.E., Gómez, R.I. & Bernabeu, M.D.T. (2020). Nurses perceptions of patient safety culture: a mixed-methods study. *BMC health services research*, *20*(1), 584. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05441-w>

- Fronteira, I., Jesus, E.H., Dussault, G. (2020). A enfermagem em Portugal aos 40 anos do Serviço Nacional de Saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*, 25(1). p. 273-282. doi: <https://10.1590/1413-81232020251.28482019>
- Great Ormond Street Hospital. (2020). *Distraction*. The Play Department in Collaboration with the Child and Family Information Group. <https://www.gosh.nhs.uk/conditions-and-treatments/procedures-and-treatment-distraction>.
- Hill, T., Coupland, C., Kendrick, D., Jones, M., Akbari, A., Rodgers, S., Watson, M. C., Tyrrell, E., Merrill, S., & Orton, E. (2022). Impact of the national home safety equipment scheme 'Safe At Home' on hospital admissions for unintentional injury in children under 5: a controlled interrupted time series analysis. *Journal of epidemiology and community health*, 76(1), 53–59. <https://doi.org/10.1136/jech-2021-216613>
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2014). *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed.)*. Loures: Lusociência.
- Holanda, F. L., Marra Castagnari, C., & Olm Cunha, I. C. K. (2014). Construction of a Professional Competency Matrix of the nurse in emergency services. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(4), 373–379.
- Hosokawa, R., & Katsura, T. (2018). Association between mobile technology use and child adjustment in early elementary school age. *PLoS ONE*, 13(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199959>
- INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) AND DFEM (Departamento de Formação em Emergência Médica) (2012). *Manual TAS emergências de trauma*. disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Emerg%C3%A4nciasTrauma.pt>
- INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) (2017). *Manual suporte Básico Vida Pediátrico*. Disponível em <https://www.inem.pt/wpcontent/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-Pedi%C3%A1trico.pdf>
- INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) (2017). *Manual suporte Básico Vida*. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/SuporteB%C3%A1sico-de-Vida-Adulto.pd>
- Izidoro, I.R., Pereira, V.A., Rodrigues, OM.M.P.R. (2020). Transição para educação infantil: estudo comparativo do processo de vinculação primária e secundária.

- Escola de Ciências de Saúde e da Vida. v. 51, n. 2, p. 1-12. doi: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2020.2.34869>
- Jones, V. C., Shields, W., Ayyagari, R., Frattaroli, S., McDonald, E. M., & Gielen, A. C. (2018). Association Between Unintentional Child Injury in the Home and Parental Implementation of Modifications for Safety. *JAMA Pediatrics*. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics>.
- Jones, F., Whitehouse, A., Dopson, A., Palaghias, N., Aldiss, S., Gibson, F., & Shawe, J. (2020). Reducing unintentional injuries in under-fives: Development and testing of a mobile phone app. *Child: care, health and development*, 46(2), 203–212. <https://doi.org/10.1111/cch.12729>
- Jullien S. (2021). Prevention of unintentional injuries in children under five years. *BMC pediatrics*, 21(Suppl 1), 311. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02517-2>
- Kassam-Adams, N., & Bulter, L. (2017). What do clinicians caring for children need to know about pediatric medical traumatic stress and the ethics of trauma-informed approaches? *AMA Journal of Ethics*, 19(8), 793-801. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2017.19.8.pfor-1708>.
- Khatlani, K., Alonge, O., Rahman, A., Hoque, D., Bhuiyan, A. A., Agrawal, P., & Rahman, F. (2017). Caregiver Supervision Practices and Risk of Childhood Unintentional Injury Mortality in Bangladesh. *International journal of environmental research and public health*, 14(5), 515. <https://doi.org/10.3390/ijerph14050515>
- Ledur, C.S., Zanatta, E., Pereira, C.R.R., Arpini, M.L.M., Rocha, P.J. (2019). O desenvolvimento Infantil aos dois anos: Conhecendo as Habilidades de Crianças Atendidas em um Programa de Saúde Materno-Infantil. *Psicol. rev.* (Belo Horizonte) vol.25 no.1 Belo Horizonte. doi: <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2019v25n1p40-59>
- Leite, R.M., Oliveira E.K.F., Vasconcelos V.M. et al. (2016). Processo de cuidar da família com crianças colostomizadas. *Revista Enfermagem UFPE online.*, Recife, 10(4):1223-30.
- Lisanti, A., Allen, L., Kelly, L. & Medoff-Cooper, B. (2017). Maternal Stress and Anxiety in the Pediatric Cardiac Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*. 26(2). 118-125

- Malaquias, T. da S. M., Baena, J. A., Campos, A. P. dos S., Moreira, S. R. K., Bladissera, V. D. A., & Higarashi, I. H. (2014). O Uso do Brinquedo Durante a Hospitalização Infantil: Saberes e Práticas da Equipe De Enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13(1), 97–103. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v13i1.21802>
- Martinez, E. A., Tocantins, F. R., & Souza, S. R. D. (2018). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 37–44.
- Mello, M. J., Gilbard, Z., Burstein, D., Baird, J., Zonfrillo, M. R., Flanagan, P., Linakis, J. G., Hackman, H., & Howland, J. (2019). Formative research to underpin a text messaging home safety intervention for young mothers. *Health Education Journal*, 78(3), 266–272.
- Mendes, A. P. (2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery*, 24(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0056>
- Miller, R. R., Bedwell, S., Laubach, L. L., & Tow, J. (2020). What Is the Experience of Babywearing a NICU Graduate? *Nursing for Women's Health*, 24(3), 175–184. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2020.04.003>
- Minna, S. & Leena, H. & Tommi, K.(2022). Como avaliar as habilidades de primeiros socorros após o treinamento: uma revisão sistemática. *Revista Escandinava de Trauma, Ressuscitação e Medicina de Emergência*. (30) p. 56.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento & Tratamento*. Artes Médicas.
- Montanhaur, C.D., Rodrigues, O.M.P.R., Arenales, N.G. (2020). Bebês Internados em Unidades Neonatais: Caracterização e Percepção Materna da Situação. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, São Paulo, Brasil - V. 40, nº99, p. 241 - 251
- Moreira, M. D. de S., & Gaiva, M. A. M. (2016). Comunicação do enfermeiro com a mãe/família na consulta de enfermagem à criança. *Ciênc. Cuid. Saúde*, 677–684. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v%vi%i.32093>
- Morrongiello, B. A., Marquis, A. R., & Cox, A. (2021). A RCT Testing If a Storybook Can Teach Children About Home Safety. *Journal of pediatric psychology*, 46(7), 866–877. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsab002>
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem*. Loures: Lusociência.

- Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M., & Samami, E. (2016). Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Global Journal of Health Science*, 8(6), 65–74. doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p65.
- Ning, P., Chen, B., Cheng, P., Yang, Y., Schwebel, D. C., Yu, R., Deng, J., Li, S., & Hu, G. (2018). Effectiveness of an app-based intervention for unintentional injury among caregivers of preschoolers: protocol for a cluster randomized controlled trial. *BMC public health*, 18(1), 865. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5790-1.
- Ning, P., Cheng, P., Schwebel, D. C., Yang, Y., Yu, R., Deng, J., Li, S., & Hu, G. (2019). An App-Based Intervention for Caregivers to Prevent Unintentional Injury Among Preschoolers: Cluster Randomized Controlled Trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(8), e13519. https://doi.org/10.2196/13519
- Ning, P., Gao, D., Cheng, P., Schwebel, D. C., Wei, X., Tan, L., Xiao, W., He, J., Fu, Y., Chen, B., Yang, Y., Deng, J., Wu, Y., Yu, R., Li, S., & Hu, G. (2019). Needs Analysis for a Parenting App to Prevent Unintentional Injury in Newborn Babies and Toddlers: Focus Group and Survey Study Among Chinese Caregivers. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(4), e11957. https://doi.org/10.2196/11957
- Oliveira, D. E. S. D. de, Suzuki, A. C., Pavinato, G. A., & Santos, J. V. L. dos. (2020). A Importância da Família Para o Desenvolvimento Da Aprendizagem: um estudo teórico. *Intra@ciência*, 19. https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20200522115524.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_e_dicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE). 2008. *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. s.l. : Cadernos da Ordem, Junho de 2008. ISBN: 978-972-99646-9-5.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). 2008. *Servir a comunidade e garantir qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. 2008. [Citação: 4 de Fevereiro de 2013.] http://www.ordenfermeiros.pt.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_sau_deinfantil_pediatria_volume1.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. In Ordem dos Enfermeiros:1 (6).

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascon trolodorcrianca.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia de Recomendações – Consultas de Enfermagem à Distância/Telenfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ouchi (2017). Importância da Enfermeira na Orientação da Gestante e Puérpera sobre Aleitamento Materno. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*. ISSN: 1415-6938. 21(3),134-141.
- Paes, C.C.D.C.,(2016). A importância da abordagem da educação em saúde: Revisão da Literatura. *REVASF*. 6(11), 80-90.
- Paula, G., Goes, F., Silva, A., Moraes, J., Silva, L., & Silva, M. (2019). Play Strategies in nursing care for the hospitalized child. *Journal of Nursing UFPE On line*, 13.
- Pope, N., Tallon, M., Mc-Conigley, R., & Wilson, S. (2015). The experiences of acute non-surgical pain of children who present to a healthcare facility for treatment: a systematic review protocol. *JBL Database os Systematic Reviews and Implementation Report*, 13(10), 12-20. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2466>.
- Raiskila et al. (2016). Parent and nurse perceptions on the quality of family-centred care in 11 European NICU's. Elsevier, *Australian Critical Care*, 29. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.09.003>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Assembleia da República. Diário da República. Série II, n.º 26/2019, de 2019-02-06. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized> Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho.
- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia da República. Diário da República. Série II, n.º 133/2015, de 2018-07-12. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/11568537>
- Rocha, S.A. & Farinha, M.C. (2022). A posição horizontal entre cliente e psicólogo na Abordagem Centrada na Pessoa. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 2, e2411225307, 2022 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25307>

- Rumhi, A., Awisi, H., Buwaiqi, M. & Rabbani, S. (2020). Home Accidents among Children: A Retrospective Study at a Tertiary Care Center in Oman. *Oman Medical Journal*, 35(1), 1-8.
- Russo, Y.R.S., Bico, I.M.T., Vala, P.A.S.R. (2022). Influência da Comunicação na Relação Enfermeiro-Família em Contexto de Cuidados Intensivos. Revisão Sistemática da Literatura. (8) 1. P 1-22.
- Sedrez ES, Monteiro JK. Pain assessment in pediatrics. (2020). *Rev Bras Enferm.*73(Suppl 4):e20190109. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0109>
- Silva, K.A., Lima, V.L., Paula, K.M.P. (2018). Estresse, dor e enfrentamento em crianças hospitalizadas: análise de relações com o estresse do familiar. *Rev. SBPH* vol. 21 no. 2, Rio de Janeiro – Jul./Dez. – 2018.
- Shalev, L., Luder, A., Spitzer, S., Krupik, D., Essa-Hadad, J., & Rudolf, M. (2022). Keeping our children safe: piloting a hospital-based home-visitation program in Israel. *Israel journal of health policy research*, 11(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s13584-022-00525-w>.
- Sobrinho, A. B., Karinny, A., De Vasconcelos, A., Daniele, C., & Leite-Salgueiro, B. (2018). O Cuidado Integral como uma Missão da Enfermagem: Uma Revisão Integrativa da Literatura Integral Care as a Mission of Nursing: An Integrative Review of the Literature Artigo de Revisão. *Rev. Mult. Psic.* 12 (1) <http://idonline.emnuvens.com.br/id>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. 2004. *Consensos Nacionais em Neonatologia*. Coimbra : Sessão de Neonatologia.
- Sousa,F.F.L., Alves, R.S.S., Leite, A.C., Silva, M.P.B., Veras, C.A., Santos, R.C.A., Freitas, R.G., Silva, V.C.R., Sissonetto, A.T., Sucupira, K.S.M.B., Silva, L.A.C., Santos, S.F., Sousa, S.L.F., Galdino, M.A.M., Fernandes, M.S., Silva, D.M., Santos, J.M.F.M., Alencar, V.P. & Ferreira, B.R. (2021). Benefícios do Aleitamento Materno para a Mulher e o Recém Nascido. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 2, e12710211208, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.11208>
- Souza, J. M. de, & Veríssimo, M. de la Ó. R. (2015). Child development: Analysis of a new concept. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1097–1104. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>

- Sposito, A. M. P., de Montigny, F., Sparapani, V. de C., Lima, R. A. G. de, Silva Rodrigues, F. M., Pfeifer, L. I., & Nascimento, L. C. (2016). Puppets as a strategy for communication with Brazilian children with cancer. *Nursing and Health Sciences*, 18(1), 30–37. <https://doi.org/10.1111/nhs.12222>
- Thorstensson, S., Blomgren, C., Sundler, A. J., & Larsson, M. (2018). To break the weight gain-A qualitative study on the experience of school nurses working with overweight children. *Elementar school. Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 27(1–2), e251–e258. <https://doi.org/10.1111/jocn.13924>
- Unicef (2019). *A Convenção Sobre os Direitos da Criança*. Comité Português para a Unicef. Disponível em: https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convencao_dos_direitos_da_crianca.pdf
- Valladares, A. C. A., & Silva, M. T. da. (2011). A arteterapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(3), 443–450. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472011000300002>
- Vieira da Cruz, C. M., Ide, M. R., Tanaka, C., & Caromano, F. A. (Out/Dez de 2008). Elaboração e Validação de Manual de Massagem para Bebés. *Fisioter. Mov.*, 21(4):19-26.
- Vinagre, M.G., & Barros, L. (2019). Preferências dos adolescentes sobre os cuidados de saúde. *Ciênc.saúdecolet*.24(5)30. doi: doi.org/10.1590/1413-81232018245.04362019
- Veiga, M.A.B., & Sousa, M.C., & Pereira, R.S. (2016). Enfermagem e o Brinquedo Terapêutico: Vantagens do uso e dificuldades: *Revista Eletrônica Atualiza Saúde*, 3(3), 60-66.
- Ventura, F., Moreira, I.M.P.B., Raposo, N., Queiros, P.J.P., Mendes, A. (2020). A prática centrada na pessoa: da idiossincrasia do cuidar à inovação em saúde. *Cad. Saúde Pública* 2022; 38(10). doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT278121>
- Wang, Y., Gielen, A. C., Magder, L. S., Hager, E. R., & Black, M. M. (2018). A randomised safety promotion intervention trial among low-income families with toddlers. *Injury prevention: journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, 24(1), 41–47. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2016-042178>
- Wang, Y., Gielen, A. C., Magder, L. S., Hager, E. R., & Black, M. M. (2020). Varying Effect of a Randomized Toddler Home Safety Promotion Intervention Trial by

Initial Home Safety Problems. *Maternal and child health journal*, 24(4), 432–438. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02845-x>

Wright, L., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para a Avaliação e Intervenção na Família*. (4^a ed). São Paulo: Roca.

Wu, Y., Wang, Y. & Ji, M. (2017). Competencies Related to Informatics and Information Management for Practicing Nurses in Select Countries in Asia. *Stud Health Technol Inform*, 232:86-96.

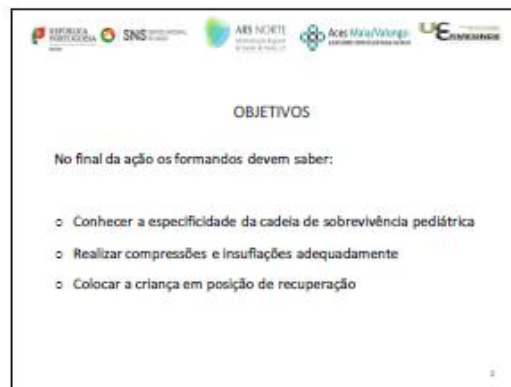
Zhou, H. Z., Fan, L. J., Wu, C. A., Luo, A. F., Mo, C. Q., He, G. H., Ruan, Z. L., Jing, J., Jin, Y., & Chen, W. Q. (2019). Understanding the associations among parents teaching safety rules to children, safety behaviors and unintentional injuries in Chinese preschool children. *Preventive medicine*, 118, 98–103. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.10.022>

APÊNDICES

APÊNDICE A – SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO



1



2



3



4

Condições de segurança	<ul style="list-style-type: none"> Local Vítima Reanimador Circunstantes
Estado de consciência	
Gritar por ajuda	
Permeabilizar a via aérea	
Ver, Ouvir e Sentir (VOS)	
3 insuflações iniciais	
Procurar sinais de vida	
SBV (5 ciclos 15:2)	
Ligar 112	

5

Condições de segurança	<p>Estimule suavemente, chamando e tocando nos pés e mãos do bebê (até um ano de idade) ou nos ombros da criança.</p>
Estado de consciência	
Gritar por ajuda	
Permeabilizar a via aérea	
Ver, Ouvir e Sentir (VOS)	
3 insuflações iniciais	
Procurar sinais de vida	
SBV (5 ciclos 15:2)	
Ligar 112	

6

Condições de segurança	<p>Se responder, procure lesões, avalie a situação e ligue 112 se necessário!</p> <p>Se não responde, grite por ajuda!</p>
Estado de consciência	
Gritar por ajuda	
Permeabilizar a via aérea	
Ver, Ouvir e Sentir (VOS)	
3 insuflações iniciais	
Procurar sinais de vida	
SBV (5 ciclos 15:2)	
Ligar 112	

7

Condições de segurança	<p>Com uma mão na testa e dois dedos no queixo coloque a cabeça do bebê em posição neutra para evitar que a língua obstrua a passagem do ar.</p>
Estado de consciência	
Gritar por ajuda	
Permeabilizar a via aérea	
Ver, Ouvir e Sentir (VOS)	
3 insuflações iniciais	
Procurar sinais de vida	
SBV (5 ciclos 15:2)	
Ligar 112	

8

Condições de segurança

Estado de consciência

Gritar por ajuda

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

5 Insuflações iniciais

Preparar oxigênio de máscara

SLP (10 minutos 10-20)

Ligar L13

Com uma mão na testa e dois dedos no queixo, incline ligeiramente a cabeça da criança para trás para evitar que a língua obstrua a passagem do ar.

9

Condições de segurança

Estado de consciência

Gritar por ajuda

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

5 Insuflações iniciais

Preparar oxigênio de máscara

SLP (10 minutos 10-20)

Ligar L13

Durante 10 segundos:

- Veja se existe expansão torácica
- Oíça a entrada e saída de ar
- Sinta o ar na sua face

Para avaliar se a respiração é normal.

10

Condições de segurança

Estado de consciência

Gritar por ajuda

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

5 Insuflações iniciais

Preparar oxigênio de máscara

SLP (10 minutos 10-20)

Ligar L13

Se respira normalmente:

- Coloque o bebé em posição de recuperação
- Coloque a criança em PLS

Se não respira...

11

Condições de segurança

Estado de consciência

Gritar por ajuda

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

5 Insuflações iniciais

Preparar oxigênio de máscara

SLP (10 minutos 10-20)

Ligar L13

Realize 5 insuflações iniciais via:

- Boca / boca na criança
- Boca / máscara de bolso
- Insuflador manual

12

Condições de segurança

Estado de consciência

Gritar por ajuda

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

5 insuflações iniciais

Pesquisar sinais de vida

SBV (5 ciclos 15:2)

Ligar 112

Realize **2 insuflações**, garantindo uma expansão eficaz do tórax.

Conclua **5 ciclos de 15 compressões e 2 insuflações**.

17

Condições de segurança

Estado de consciência

Gritar por ajuda

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

5 insuflações iniciais

Pesquisar sinais de vida

SBV (5 ciclos 15:2)

Ligar 112

Ligue 112 e informe:

- "Estou com uma criança que não respira." referindo a idade
- Responda a todas as perguntas
- Desligue apenas quando indicado

18

Condições de segurança

Estado de consciência

Gritar por ajuda

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

5 insuflações iniciais

Pesquisar sinais de vida

SBV (5 ciclos 15:2)

Ligar 112

Se estiver sozinho e for viável, mantenha as manobras de SBV durante a chamada para o 112.

19

MANTER O SUPORTE BÁSICO DE VIDA ATÉ...

- o A vítima recuperar sinais de vida
- o Chegada de ajuda diferenciada
- o Exaustão do reanimador

20

APÊNDICE B - PREVENÇÃO DE ACIDENTES EM CRIANÇAS



1



2



3



4

Evitar que o bebé deitar-se sozinho a uma idade tão cedo.
 Evitar brinquedos, brinquedos, brinquedos, brinquedos.
 Evitar brinquedos que se possam enfiar no nariz ou boca do bebé.
 Não deixar objetos pequenos ao alcance do bebé.



ASFIXIA

1-6 meses

5

Evitar que o bebé se deite sozinho no chão.
 Evitar a utilização de cadeiras de rodas para bebés.
 Evitar brinquedos, brinquedos, brinquedos, brinquedos.



AFOGAMENTO

1-6 meses

6

Evitar o acesso ao telhado.
 Não se deixar portas e janelas abertas.



QUEDAS

Evitar brinquedos que se possam enfiar no nariz ou boca do bebé.
 Não deixar objetos pequenos ao alcance do bebé.



ASFIXIA

6-12 meses

7

Evitar o acesso ao telhado ao andar.
 Evitar o acesso ao telhado ao andar.
 Evitar o acesso ao telhado ao andar.
 Evitar o acesso ao telhado ao andar.



QUEIMADURAS

Evitar o acesso ao telhado ao andar.
 Evitar o acesso ao telhado ao andar.
 Evitar o acesso ao telhado ao andar.



INTOXICAÇÕES

6-12 meses

8

APÊNDICE C- OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA POR CORPO ESTRANHO EM LACTENTES/CRIANÇAS

ATENÇÃO

- Não colocar os dedos na boca do bebé
- Só retirar o objeto (se for o caso), quando estiver visível e bem próximo aos lábios, para isso é preciso ser cuidadoso e utilizar o dedo mínimo, ou o objeto voltará para a via aérea do bebé.

Fale connosco

ARS NORTE
Aces Norte/Valongo
U.E. ESTADÍSTICA

REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA POR CORPO ESTRANHO EM LACTENTES



Reconhecer os sinais de obstrução ligeira

- O bebé mantém-se reativo
- Chora e /ou consegue falar
- Pode verificar-se ruído respiratório
- Mantém reflexo de tosse

Com agir?

- Pegar no bebé ao colo na posição vertical
- Estimular a tosse

Reconhecer os sinais de obstrução grave

- Respiração com ruídos
- Choro pouco audível
- Coloração arroxeada dos lábios
- Dificuldade para respirar ou respiração ausente

GRITAR POR AJUDA

1 | Acionar o serviço de emergência

- Pedir para alguém ligar para o número de emergência (112)
- Se estiver sozinho, acionar o serviço de emergência pelo telemóvel, se possível, e deixar em alta-voz para receber orientações

Ao ligar 112/CODU:

- Procure manter-se calmo
- Faculte um contacto telefónico
- Indique a localização exata onde se encontra
- Diga o que aconteceu e quem está envolvido
- Diga quais as queixas principais
- Siga os conselhos do operador
- Não desligue até indicação do operador

2 | Virar o bebe de bruços

- Segurar a cabeça do bebé e virá-lo de bruços
- Utilizar sua perna como apoio
- Aplicar 5 palmadas no meio das costas com a parte de baixo das mãos
- A cabeça do bebé deverá permanecer mais baixa que o restante corpo


PASSO 1



3 | Virar o bebe de barriga para cima

- Se o bebé não apresentar sinais de melhoria após a manobra anterior, virar de barriga para cima
- Manter o bebé apoiado na sua sua perna
- Com dois ou 3 dedos, pressionar o meio do peito do bebé (entre os mamilos) 5 vezes
- A cabeça do bebé deverá permanecer mais baixa que o restante corpo

PASSO 2



4 | Repetir os procedimentos 2 e 3

- Se o bebé não apresentar sinais de melhoria, repetir a manobra (item 2 e 3) até a chegada do serviço de emergência

É FUNDAMENTAL SABER COMO E QUANDO PEDIR AJUDA



Fale connosco



OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA POR CORPO ESTRANHO EM CRIANÇA

Reconhecer os sinais de obstrução ligeira

- A criança mantém-se reativa
- Chora e /ou responde a questões
- Tosse audível
- Consegue inspirar antes de tossir

Como agir?

- Incentivar a criança a tossir até resolver

Reconhecer os sinais de obstrução grave

- A criança é incapaz de falar
- tosse silenciosa
- respiração ineficaz
- coloração arroxeada dos lábios

1| Acionar o serviço de emergência

- Pedir para alguém ligar para o número de emergência (112)
- Se estiver sozinho, acionar o serviço de emergência pelo telemóvel, se possível, e deixar em alta voz para receber orientações

2| Aplicar 5 palmadas entre as omoplatas

- Coloque-se atrás e ligeiramente ao lado da criança
- Passe um braço em volta da criança, na zona do peito, e segure-a
- Aplique palmadas com a base ou com a parte de baixo da mão, entre as omoplatas
- Verifique após cada palmada se a obstrução foi ou não resolvida
- Aplicar um total de 5 palmadas



SE NÃO RESOLVER



3| Aplicar manobra de Heimlich

- De joelhos segure a criança por trás com corpo dela levemente inclinado para a frente
- Posicione o punho fechado logo abaixo do apêndice xifoide (5cm acima do umbigo)
- Com a outra mão agarre o punho fechado e faça um movimento forte para dentro e para cima



4| Repetir os procedimentos 2 e 3

- Se a criança não apresentar sinais de melhoria repetir o manobra (item 2 e 3) até à chegada do serviço de emergência

APÊNDICE D- PRIMEIROS SOCORROS/SBV



1



2



3



4

Princípios gerais:

- > Prevenir
- > Alertar
- > Socorrer

5

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA

Quando não há suspeita de trauma

Vitima inconsciente mas ventila e respira eficientemente

Libertar a Via Aérea e Proporver a proteção da via aérea

6

CHAMADA DE EMERGÊNCIA

- > Informação calma, clara e sucinta
- > Qual a situação (qualidade, hora, minuto)
- > Localização
- > Número de vítimas
- > Desligar a chamada apenas quando o operador indicar

7

SUPORTE BÁSICO DE VIDA

- > A PCR é uma das principais causas de morte na Europa
- > Nos casos em que a vítima tem acesso a SBV precoce, a sobrevivência aumenta 2 a 3 vezes
- > SBV imediato e Desfibrilação precoce resulta em taxas de sobrevivência superiores a 60%

8




SUPOORTE BÁSICO DE VIDA

Objetivos:

- > Compreender o conceito de SBV
- > Compreender as etapas do SBV
- > Saber as consequências em SBV



9



CONCEITO SBV

Procedimentos e atitudes prioritizadas com o objetivo:

- > Reconhecer as situações em que há perigo de vida iminente
- > Saber como e quando pedir ajuda
- > Iniciar de imediato, sem recurso a qualquer equipamento (exceto instrumentos de proteção), manobras que contribuam para preservar a circulação e oxigenação cerebral e coronária até a chegada de ajuda diferenciada

10




Suporte Básico de Vida

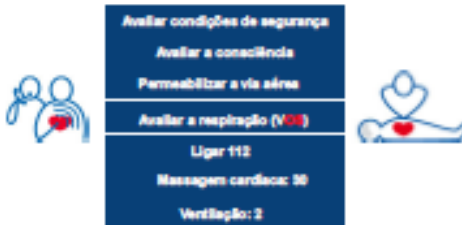


CADENA DE SOBREVIVÊNCIA

11



ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA



12

RISCOS POTENCIAIS

Ambientais:
tráfego, incêndios, desastres naturais...

Químicas:
Exposição a gás, fumo...

Biológicas:
Tuberculose, HIV, zoonoses...



Avançar condições de segurança

- Avançar a consultada
- Chamar por ajuda
- Personalizar e via aérea
- Avançar a respiração/oxigênio
- Ligar 112
- Mensagem curta: 30
- Ventilador 2

13

MEDIDAS DE PROTEÇÃO

- > Máscara
- > Luvas
- > Rato
- > Máscaras de resinação, com filtro e válvula unidirecional



14

Atentar suavemente os ombros e perguntar:

Está bem, sente-se bem?



Avançar condições de segurança

- Avançar a consultada
- Chamar por ajuda
- Personalizar e via aérea
- Avançar a respiração/oxigênio
- Ligar 112
- Mensagem curta: 30
- Ventilador 2

15

Não responde:



Avançar condições de segurança

- Avançar a consultada
- Chamar por ajuda
- Personalizar e via aérea
- Avançar a respiração/oxigênio
- Ligar 112
- Mensagem curta: 30
- Ventilador 2

16



A Estendo do pescoço e elevação do queixo



Avaliar condições de segurança
Avaliar a consciência
Chamar por ajuda
Permeabilizar a via aérea
Avaliar a respiração/pulso
Ligar 112
Massagem cardíaca: 30
Ventilação: 2

17



A respiração é normal?

Ver os movimentos do tórax

Ouvir os sons respiratórios

Sentir o ar escapado



Avaliar condições de segurança
Avaliar a consciência
Chamar por ajuda
Permeabilizar a via aérea
Avaliar respiração
Ligar 112
Massagem cardíaca: 30
Ventilação: 2

Respiração normal-PLS
 Respiração não normal -112
 Iniciar compressões
 Não demorar mais de 10 segundos

18





Avaliar condições de segurança
Avaliar a consciência
Chamar por ajuda
Permeabilizar a via aérea
Avaliar a respiração/pulso
Ligar 112
Massagem cardíaca: 30
Ventilação: 2

19



30 compressões

Punção rápida do esterno

Depressão de 5 – 6 cm

100 por min.



Avaliar condições de segurança
Avaliar a consciência
Chamar por ajuda
Permeabilizar a via aérea
Avaliar a respiração/pulso
Ligar 112
Massagem cardíaca: 30
Ventilação: 2

20



Fazer 2 Insuflações



Verificar condições de segurança
Ajudar a estabilizar
Chamar por ajuda
Permeabilizar a via aérea
Ajudar a respiração/pulso
Ligar 112
Mensagem contínua: 30
Ventilação 2

21



MANTER SBV ATÉ:

- > Chegar ajuda diferenciada
- > Vítima mostrar sinais de vida: despertar, mover ou abrir os olhos, respirar normalmente
- > Resuscitador ficar exausto
- > Alterações das condições de segurança



22



Manobras de SBV



SALVAM VIDAS!

23

APÊNDICE E- TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

N ^o	Autores (data). Título	País de Investigaç ão	Objetivos	Metodologia (com Amostra)	Resultados/Conclus ão
21	Wang, Y., Gielen, A., Magder, L., Hager, E., Black, M. (2018). A randomised safety promotion intervention trial among low-income families with toddlers	EUA	Analisar a eficácia de uma intervenção fundamentada na teoria cognitiva social (TCS) sobre a redução dos problemas relativos à segurança doméstica entre as famílias de baixos rendimentos com crianças de tenra idade.	277 binómios mãe-criança de baixos rendimentos foram incluídos de forma aleatória numa intervenção de promoção de segurança (n=91) ou no grupo controlo (n=186). A intervenção foi constituída por 8 sessões onde se falou da prevenção de incêndios, prevenção de quedas, controlo de venenos e uso de cadeiras de automóvel, através da educação sanitária, estabelecimento de objetivos e apoio social. Foi realizada uma recolha de dados domiciliária, apoiado numa lista de verificação de 9 itens. Foi somada uma pontuação total, com pontuações altas indicando mais problemas, tendo-se	O grupo que frequentou as sessões de intervenção reduziu significativamente os problemas de segurança do grupo controlo, no seguimento da avaliação de 12 meses. Não se observaram diferenças significativas aos 6 meses. A intervenção de promoção de segurança doméstica tendo em conta os fundamentos TCS tem o potencial de promover um ambiente seguro para os bebés.

				realizado avaliações aos 6 e aos 12 meses após a intervenção.	
22	Morrongiello, B., Marquis, A., & Coz, A. (2021). A RCT Testing If a Storybook Can Teach Children About Home Safety	Canadá	Avaliar a eficiência de um livro de histórias sobre segurança doméstica no aumento de conhecimentos de segurança em crianças em idade pré-escolar de forma a reduzir os seus comportamentos de risco e possíveis lesões.	Realizou-se um estudo clínico randomizado junto de crianças em idade pré-escolar (3,5 a 5,5 anos), que falam em inglês. De forma aleatória constitui-se o grupo controlo (um livro de histórias sobre alimentação saudável, n=30) e um grupo de intervenção (um livro de histórias sobre perigos domésticos, n=29). Durante 4 anos as crianças leem as histórias juntamente com a mãe, sendo que o tempo gasto na leitura e a fidelidade foram controlados tendo como base visitas domésticas.	As crianças do grupo intervenção foram capazes de identificar mais perigos, fornecer explicações de segurança mais abrangentes e demonstrar menos comportamentos de risco que as crianças do grupo controlo. Conclui-se que um livro de história pode ser um recurso efetivo para educar crianças sobre segurança, reduzindo, assim comportamentos de risco.
36	Ning, P., Cheng, P., Schwebel, D. C., Yang, Y., Yu, R., Deng, J., Li, S., & Hu, G. (2019). An App-Based Intervention for Caregivers to Prevent Unintentional Injury Among	China	Avaliar a eficácia de uma intervenção baseada em aplicações para os cuidadores de crianças em idade pré-escolar, a fim de prevenir lesões involuntárias entre as crianças	Foi realizado um estudo clínico randomizado durante 6 meses, sendo que o recrutamento foi conduzido com recurso às pré-escolas, onde foram	Durante a visita de acompanhamento de 6 meses, a incidência de lesões não intencionais não se alterou significativamente em qualquer dos grupos. As alterações nos comportamentos de prevenção de

	Preschoolers: Cluster Randomized Controlled Trial		em idade pré- escolar chineses.	aleatoriamente atribuídas ao grupo de controle (ou seja, educação parental baseada em aplicativo excluindo a prevenção de involuntária de lesões) ou o grupo de intervenção (ou seja, a educação parental baseada na aplicação, incluindo a educação involuntária prevenção de lesões). Um total de 2920 cuidadores de pré-escolares com idades compreendidas entre os 3-6 anos, de 20 pré- escolas em Changsha, China, foram recrutados off- line através das escolas. O resultado primário foi a incidência involuntária de lesões entre os pré-escolares no passado 3 meses e 6 meses de intervenção.	lesões involuntárias foram maiores no grupo de intervenção do que no grupo de controle após a intervenção. A intervenção tendo como base uma aplicação eletrónica não reduziu a incidência de lesões involuntárias entre as crianças, no entanto melhorou significativamente os comportamentos e cuidados de segurança dos seus cuidadores.
52	Jones, V. C., Shields, W., Ayyagari, R., Frattaroli, S., McDonald, E. M., & Gielen, A. C. (2018). Associati	EUA	Foi descrito as principais partes de corpo lesionadas assim como, através do relato dos pais, quais foram as causas da lesão, o	Entrevistas conduzidas 27 dias depois da emergência médica junto dos pais, onde se perguntou a descrição da	A maioria dos pais identificou uma estratégia de prevenção, geralmente ambiental (como por exemplo, armazenar os produtos

	on Between Unintentional Child Injury in the Home and Parental Implementation of Modifications for Safety.		que podia ter sido prevenido e mudanças realizadas depois.	lesão, se poderia ter sido prevenida, e se houve algum tipo de mudança após a ocorrência da lesão.	perigosos), no entanto apenas 59 efetivaram modificações. As evidências sugerem que a supervisão parental pode reduzir as lesões em crianças pequenas.
62	Khatlani, K., Alonge, O., Rahman, A., Hoque, D., Bhuiyan, A. A., Agrawal, P., & Rahman, F. (2017). Caregiver Supervision Practices and Risk of Childhood Unintentional Injury Mortality in Bangladesh.	Bangladesh	Determinar a relação entre a supervisão do prestador de cuidados e a mortalidade devido a lesões involuntárias em crianças com menos de cinco anos no Bangladesh rural.	Foram identificados 126 casos de crianças menores de cinco anos mortas por lesões não intencionais, e 278 controlos, crianças vivas com menos de 5 anos. A associação entre a supervisão de cuidadores adultos e lesões fatais entre crianças menores de cinco anos foi determinada numa análise de regressão logística multivariada.	Crianças com menos de 5 anos que morreram devido a lesões involuntárias apresentaram maior probabilidade de não terem tido supervisão parental, do que as crianças vivas, tendo-se ajustando-se ao sexo, idade, índice socioeconómico, educação, ocupação e estado civil dos prestadores de cuidados. Estes resultados são preocupantes, destacando a necessidade de se desenvolver estratégias de supervisão apropriadas junto dos adultos.
87	De Buck, E., Vanhove, A., Veys, K., Lang, E., & Vandekerckhove P. (2021). Day care as a strategy for drowning prevention in children under 6 years of age in low- and middle-income countries.	Bélgica	Avaliar o efeitos de programas de creches para crianças com menos de 6 anos de idade sobre mortalidade ou morbidade relacionadas com afogamento em comparação com creches sem qualquer tipo de programa do género.	Revisão Sistemática da Literatura, com procura na MEDLINE, Embase, CENTRAL, ERIC e CINHL.	Dois estudos observacionais não randomizados, realizados no Bangladesh rural, envolvendo um total de 252.631 participantes, cumpriram os critérios de inclusão para esta revisão. Este estudo mostrou que a implementação de um programa formal de creche combinado com a educação dos pais, o

					fornecimento de brinquedos aos pais e o desenvolvimento de atividades comunitárias, numa zona rural com elevada incidência de afogamentos, reduziu o risco de morte por afogamento durante o período do estudo (4 anos e 8 meses) em comparação com a ausência deste tipo de programas.
97	Choi, Y., & Ahn, Y. (2021). Developing and Evaluating a Mobile-based Parental Education Program for Preventing Unintentional Injuries in Early Childhood: A Randomized Controlled Trial.	Coreia do Sul	Verificar o efeito educativo de um programa de educação parental, tendo como base uma aplicação de telemóvel para a prevenção de lesões não intencionais na primeira infância.	Foram recrutados 167 participantes de sites e grupos de pais, atribuídos de forma aleatória a um grupo de e-learning (59) e a um grupo sem qualquer tipo de intervenção (55) e um grupo onde foi distribuído um documento eletrónico. Cada grupo de intervenção recebeu um programa de e-learning, documentos educativos eletrónicos durante duas semanas e um inquérito de satisfação.	Não foram encontradas diferenças significativas relativamente aos conhecimentos sobre segurança foram observados entre o grupo e-learning, grupo EDD, e grupo de controlo. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas em relação aos comportamentos de segurança entre os três grupos $3,52 \pm 0,28$ (grupo e-learning), $3,51 \pm 0,28$ (grupo EDD), e $3,32 \pm 0,25$ (grupo de controlo) ($F \frac{1}{4} 10.091, p < .001$). Não foram observadas diferenças significativas relativamente à satisfação relacionada com a educação. O programa educativo baseado numa aplicação do telemóvel mostrou-se útil na prevenção

					de lesões involuntárias. Estes tipos de programas podem, então, contribuir para a prevenção eficaz de lesões na primeira infância uma vez que muitos pais podem usá-las sem restrições de tempo e espaço.
106	El Seifi, O. S., Mortada, E. M., & Abdo, N. M. (2018). Effect of community-based intervention on knowledge, attitude, and self-efficacy toward home injuries among Egyptian rural mothers having preschool children	Egito	Avaliar o efeito de uma intervenção de educação para a saúde na melhoria do conhecimento, atitude e a autoeficácia das mães que têm filhos em idade pré-escolar sobre as lesões domésticas e as medidas de primeiros socorros.	Foi realizada uma avaliação pré e pós teste do efeito de uma intervenção de educação para a saúde no âmbito da mudança de conhecimentos, atitude, e autoeficácia sobre os ferimentos domésticos e as medidas básicas de primeiros socorros de 244 mães rurais egípcias com filhos em idade pré-escolar.	Cerca de 35% das crianças do sexo masculino tiveram lesões domiciliares 8 semanas antes do estudo. A pontuação média do conhecimento total aumentou de 10,21±3,1 no pré-teste para 18,90 ± 2,6 no pós-teste, atitude total de 6.19±1.8 a 10.26±2.3 e autoeficácia de 20.75±6.1 a 34.43 ± 10.1 com (p < 0.001) para todas as alterações. A idade, educação, e lesões domésticas anteriores foram fatores significativos na previsão do conhecimento total, atitude e autoeficácia das mães. A educação sanitária melhora os conhecimentos, a atitude e a autoeficácia das mães no que diz respeito aos ferimentos domésticos do e às medidas de primeiros socorros.
108	Ning, P., Chen, B., Cheng, P., Yang, Y.,	China	Avaliar a eficácia de uma intervenção	No total, 2626 cuidadores de crianças em	Este estudo irá analisar as provas relativas à eficácia

	<p>Schwebel, D. C., Yu, R., Deng, J., Li, S., & Hu, G. (2018). Effectiveness of an app-based intervention for unintentional injury among caregivers of preschoolers: protocol for a cluster randomized controlled trial.</p>		<p>baseada em aplicações para os cuidadores de crianças em idade pré-escolar de forma a prevenir lesões involuntárias entre crianças chinesas de tenra idade.</p>	<p>idade pré-escolar com idades compreendidas entre os 3-6 anos que possuem um smartphone serão recrutados a partir de 20 pré-escolas. A app do programa de prevenção de lesões foi desenvolvida com base na Teoria do Comportamento Planeado, a Matriz de Haddon, o quadro de aprendizagem móvel, e uma avaliação das necessidades. A recolha de dados será conduzida na linha de base, 3 meses, e acompanhamento de 6 meses através de inquérito baseado em aplicação mais inquérito por questionário impresso.</p>	<p>de uma intervenção inovadora baseada numa aplicação para cuidadores de crianças chinesas em idade pré-escolar. Se eficaz esta intervenção pode oferecer uma intervenção rentável de prevenir lesões involuntárias em países e regiões onde o controlo e ferimentos é sub-suportando.</p>
123	<p>Folger, A. T., Bowers, K. A., Dexheimer, J. W., Sa, T., Hall, E. S., Van Ginkel, J. B., & Ammerman, R. T. (2017). Evaluation of Early Childhood Home Visiting to Prevent Medically Attended</p>	<p>EUA</p>	<p>Avaliamos a influência das visitas domiciliárias no risco de lesões não intencionais atendidas clinicamente durante a visita domiciliária (0 a 3 anos) e subsequente à visita domiciliária (3 a 5 anos).</p>	<p>Um estudo retrospectivo, quase experimental, foi realizado numa coorte de pares mãe-filho no Condado de Hamilton, OH. A coorte de nascimento (2006 a 2012) foi ligada aos registos de</p>	<p>Desde o nascimento até 2 anos, 17,2% da população do estudo tinha pelo menos uma lesão não intencional atendida clinicamente. O risco de lesão não intencional clinicamente atendida de 0 a 2 e 0 a 3 anos de idade foi significativamente mais elevado na</p>

	Unintentional Injury.			visitas administrativas ao domicílio e aos dados de uma população baseada sistema de vigilância de ferimentos contendo registos de visitas e hospitalizações do departamento de emergência (DE).A população do estudo era composta por 2,729 pares mãe-filho que receberam visitas a casa e 2.729 pares mãe-filho combinados num grupo de controlo.	população do estudo.As lesões adicionais no grupo visitado em casa foram superficiais, e o aumento do risco de lesões não intencionais atendidas medicamente foi observado nas visitas de DE e não nas hospitalizações.As crianças visitadas em casa tinham mais probabilidades de ter uma lesão não intencional atendida clinicamente, desde o nascimento até à idade 3 anos. Esta descoberta pode ser parcialmente atribuída à vigilância dos ferimentos ou a uma maior procura de cuidados de saúde.
138	Mello, M. J., Gilbard, Z., Burstein, D., Baird, J., Zonfrillo, M. R., Flanagan, P., Linakis, J. G., Hackman, H., & Howland, J. (2019). Formative research to underpin a text messaging home safety intervention for young mothers.	EUA	Avaliar o interesse no desenvolvimento do mSafety, um serviço de mensagens de texto e vídeo, dentro do paradigma mHealth. direcionada para a prevenção de lesões, conhecimento, comportamento e autoeficácia nas jovens mães.	Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas com mães adolescentes. Foram feitas perguntas fechadas e abertas aos participantes para obter opiniões sobre as suas vontades de utilizar a mSafety.	Os resultados das entrevistas foram positivos. Os participantes estavam mais interessados em aprender sobre a prevenção de quedas e envenenamentos, bem como de sono seguro. Muitos sublinharam que a linguagem das mensagens deve ser simples e que os vídeos podem ser incluídos para demonstrar os métodos de prevenção de lesões. A maioria dos entrevistados estavam dispostos a participar numa "visita virtual de segurança ao

					domicílio", na qual os participantes enviam fotos para casa a um especialista para avaliar as práticas de segurança doméstica. O conceito de uma intervenção mHealth forneceria às jovens mães as ferramentas para evitar ferimentos entre os seus filhos.
151	Hill, T., Coupland, C., Kendrick, D., Jones, M., Akbari, A., Rodgers, S., Watson, M. C., Tyrrell, E., Merrill, S., & Orton, E. (2022). Impact of the national home safety equipment scheme 'Safe At Home' on hospital admissions for unintentional injury in children under 5: a controlled interrupted time series analysis.	Reino Unido	Avaliação do impacto do programa Safe At Home (SAH), um programa de segurança domiciliária implementado em Inglaterra visando famílias desfavorecidas socioeconomicamente com crianças abaixo de 5 anos de forma a prevenir lesões.	Foram analisadas séries temporais controladas e interrompidas de admissão hospitalar devido a lesões involuntárias domiciliárias, tendo em conta as áreas de intervenção.	57656 casas que receberam equipamento de segurança foram incluídos na análise. Nos 2 anos após o programa ter terminado, as taxas de admissão mensais diminuíram nas áreas de intervenção. Um equipamento de segurança doméstica nacional foi associado a uma redução do número de lesões relacionadas admissões hospitalares em crianças com menos de 5 anos de idade nos 2 anos depois de o programa ter terminado.
164	Daudi, L., Luder, A., Spitzer-Shohat, S., & Rudolf, M. (2021). Increasing cultural competence through experience-based learning: Preventing child Injury in Israel.	Israel	Analisar o impacto do programa SHABI (Manter as nossas crianças seguras em hebreu), programa com o objetivo de aumentar a segurança domiciliar, nas competências culturais dos alunos.	Entrevistas realizadas 8 meses depois da intervenção, relatórios escritos após as visitas domiciliárias (n = 233), entrevistas a pais (n = 212) e mudança na segurança doméstica	Os estudantes relataram que a formação os ajudou a adaptarem-se culturalmente às visitas, e que as visitas domiciliárias aumentaram a sua compreensão de grupos culturais e religiosos com os quais tinham pouca familiaridade. Os estudantes recebiam

				através daa verificação de uma lista, 4 meses mais tarde (n = 233).	que fossem percebidos como julgadores, mas os pais relataram que eram sensíveis, e as visitas foram benéficas. Após a primeira visita, 64% dos pais relataram uma maior consciência sobre a segurança doméstica e 59% de referem que a visita melhorou a segurança doméstica. As competências dos estudantes acerca de segurança doméstica foram confirmadas por uma melhoria de 15% observada após 4 meses. Esta aprendizagem baseada na experiência ajudou a desenvolver a competência cultural auto-percebida e melhorar a segurança doméstica das famílias. O SHABI pode servir como modelo de como os estudantes pode aprender a envolver-se com as populações desfavorecidas depois de um encontro médico, promovendo as suas competências enquanto beneficiam famílias.
171	Amini, R., Kalvandi., N., Khodaveisi, M., & Tapak L. (2021). Investigation of the Effect of Education Based	Irão	Investigar o efeito da educação com base na teoria do comportamento planeado (TPB) sobre as práticas de prevenção das mães	Foi realizado um estudo quase-experimental com 116 mães (58 mães em cada grupo, experimental e	Após a intervenção, foram observadas diferenças significativas entre os 2 grupos em termos de consciência e práticas preventivas.

	<p>on the Theory of Planned Behavior on the Mothers' Preventive Practices Regarding Toddler Home Injuries</p>		<p>relativamente a acidentes e lesões domésticas das crianças</p>	<p>de controlo), que foram selecionadas usando o método de amostragem de clusters. Os dados foram recolhidos utilizando um questionário TPB desenvolvido por um investigador. Foi, depois, implementada uma intervenção educacional, tendo como base o TPB, constituída por 4 sessões de 45 a 60 minutos. Depois recolheu-se os dados durante 2 meses, tratando-os com SPSS, comparando os diferentes construtos do TPB (controlo comportamental percebido, intenção comportamental, normas subjetivas). Na avaliação pré-intervenção os dois grupos não apresentaram diferenças estatísticas e significativas relativamente às práticas de prevenção de lesões domiciliárias nas crianças</p>	<p>As práticas preventivas relativas a lesões em casas de crianças foram melhoradas após a aplicação do TPB; por isso, sugere-se um estudo mais amplo para ser completado para confirmar os resultados desta educação baseada na teoria.</p>
--	---	--	---	--	--

175	Shalev, L., Luder, A., Spitzer, S., Krupik, D., Essa-Hadad, J., & Rudolf, M. (2022). Keeping our children safe: piloting a hospital-based home-visitation program in Israel.	Israel	O objetivo deste estudo é investigar o impacto do SHABI sobre a segurança da casa das famílias participantes.	O piloto foi realizado entre maio de 2019 e março de 2020 no norte de Israel, numa zona com altas taxas de lesões entre crianças. A elegibilidade inclui famílias com crianças em idade pré-escolar que sofreram um acidente doméstico. A segurança do lar foi avaliada por observação através de uma lista de verificação. Antes da intervenção foram avaliadas as opiniões dos países, do conhecimento, consciência dos perigos, e o relatório de ferimentos domésticos.	352 das 773 famílias elegíveis concordaram em ser contactadas. 135 participaram, 98 completaram ambas as visitas domiciliárias. Após 4 meses da primeira visita observa-se uma melhoria significativa nos itens de segurança doméstica, acompanhado por um aumento global na segurança doméstica, 352 das 773 famílias elegíveis concordaram em ser contactadas. 135 participaram, 98 completaram ambas as visitas domiciliárias. Nenhuma diferença foi encontrada na prevalência de lesões. O programa, que incluiu o recrutamento num ambiente de emergência hospitalar e a utilização de estudantes de saúde como visitantes domésticos, foi implementado com sucesso e acompanhado por uma melhoria significativa na segurança doméstica com uma tendência não significativa de diminuição de lesões infantis.
192	Ning, P., Gao, D., Cheng, P., Schwebel, D. C., Wei, X., Tan, L., Xiao, W., He, J., Fu, Y., Chen, B.,	China	Desenvolver um quadro de apoio ao desenvolvimento de uma intervenção	Foi realizado um estudo teórico baseado em métodos mistos, incluindo	No total, foram concluídos 12 grupos focais, envolvendo 108 prestadores de cuidados. A maioria

	<p>Yang, Y., Deng, J., Wu, Y., Yu, R., Li, S., & Hu, G. (2019). Needs Analysis for a Parenting App to Prevent Unintentional Injury in Newborn Babies and Toddlers: Focus Group and Survey Study Among Chinese Caregivers.</p>		<p>baseada numa aplicação móvel de forma prevenir acidentes e lesões não intencionais domésticas, destinado aos cuidadores de crianças chinesas dos 0 aos 6 anos de idade.</p>	<p>grupos focais e pesquisa quantitativa baseada na Web. Primeiro, foram realizados grupos focais entre os prestadores de cuidados em centros de saúde comunitários e pré-escolas a partir de dezembro de 2015 até março de 2016. Os grupos focais (8-10 participantes por grupo) exploraram a consciência, experiências e opiniões dos cuidadores em utilizar uma aplicação para ajudar na prevenção de acidentes e lesões não intencionais entre as crianças. Em segundo lugar, e tendo como base as conclusões dos grupos focais, foi aplicado um questionário online onde se recolher informações sobre as necessidades específicas para a intervenção.</p>	<p>dos participantes expressou um forte desejo de desenvolver e aprender competências relativamente à prevenção de lesões não intencionais infantis e apresentam atitudes positivas relativamente a intervenções tendo como base aplicações móveis. Os participantes expressaram múltiplas preferências relativamente à intervenção baseada em aplicações, incluindo o seu conteúdo, funções, interatividade estilos, logística de instalação e registo, e proteção da privacidade e segurança da informação. Desenvolveu-se um quadro que pode ser usado como guia para desenhar intervenções baseadas em aplicações para pais e prestadores de cuidados, especificamente para a prevenção de lesões não intencionais de crianças dos 0 aos 6 anos de idade.</p>
203	<p>Alrimawi, I., Atout, M., Watson, M., Hall, C. & Dreidi,</p>	<p>Palestina</p>	<p>Este estudo visa explorar as práticas das mães</p>	<p>Foi desenvolvido um estudo de caso múltiplo</p>	<p>As observações revelaram que não existiam diferenças significativas em</p>

	<p>M. (2021) Palestinian mothers' home-safety practices for preventing injuries to their young children: multiple case study approach.</p>		<p>em matéria de prevenção de ferimentos domésticos em crianças com idade inferior a 5 anos.</p>	<p>em que foram recolhidos dados de mães que vivem em acampamentos, no meio rural e urbano na Palestina, Distrito de Ramallah. Foram utilizados os seguintes métodos de recolha de dados: entrevistas semiestruturadas e observações domiciliárias. No total, 12 mães responderam às entrevistas semiestruturadas, sendo que as observações foram feitas recorrendo ao instrumento HAPI-R (Home Accident Prevention Inventory-Revised). Surgiram as seguintes categorias de práticas de proteção: as que protegem contra o ambiente, práticas relativas às crianças, e práticas para promover a auto-consciencialização.</p>	<p>termos do número de perigos entre as diferentes com não vale a penações. Quase todas as mães usaram uma combinação de abordagens para prevenir ferimentos domésticos. Estas abordagens incluíram remover perigos, supervisionar crianças, orientar crianças, e procurar diferentes fontes de informação para aumentar a sua própria consciência para prevenir ferimentos domésticos. Os resultados mostram que o risco de lesões era ainda elevado, apesar das medidas de prevenção maternas. Isto foi atribuído a o número substancial de perigos que foram observados dentro dos domicílios. Portanto, para reduzir o risco de ferimentos, uma combinação de abordagens deve ser utilizada, onde se incluir a modificação do lar físico ambiente e arredores, aplicando as leis e regulamentos relevantes, e a educação para aumentar a consciência sobre a proteção relativamente às crianças contra ferimentos acidentais.</p>
--	--	--	--	--	---

236	Jullien S. (2021). Prevention of unintentional injuries in children under five years.	Espanha	Analisou-se as recomendações existentes para prevenir lesões não intencionais em crianças com menos de cinco anos de idade, tentando-se identificar as principais fontes utilizadas como prova para formular estas recomendações.	Conduziu-se uma pesquisa bibliográfica até 18 de outubro de 2019, usando termos-chave e pesquisa manual base de dados com termos selecionados. Resumimos as recomendações, com a devida fonte, das provas em tabelas para cada uma das cinco áreas de lesões não intencionais: lesões de trânsito, afogamento, envenenamento, lesões térmicas, quedas.	Em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um relatório abrangente com estratégias para a prevenção de lesões infantis para a região europeia. Mais recentemente, a OMS publicou vários documentos de orientação centrados no afogamento, geralmente com um enfoque global. O grupo de trabalho PrevInfad. atualizou o seu documento sobre segurança rodoviária em abril de 2019, fornecendo recomendações e um resumo das provas existentes. As estratégias preventivas de lesões na infância baseiam-se principalmente em dados de vigilância e na identificação dos fatores de risco. As principais estratégias para prevenir lesões involuntárias derivam da combinação de modificações ambientais e comportamentais, podendo estas ser alcançadas através da educação e da aplicação da engenharia. Para aplicar as estratégias é necessária a avaliação da eficácia assim como a forma de intervenção mais aconselhada junto dos pais para que
-----	---	---------	---	--	--

					haja um adequado cumprimento das recomendações.
239	Jones, F., Whitehouse, A., Dopson, A., Palaghias, N., Aldiss, S., Gibson, F., & Shawe, J. (2020). Reducing unintentional injuries in underfives: Development and testing of a mobile phone app.	Reino Unido	Desenvolver uma aplicação para telemóvel de promoção de saúde, como o nome "Grow up Safely" de forma a apoiar pais e cuidadores na redução de lesões involuntárias em crianças com menos de 5 anos.	Um protótipo da aplicação móvel foi desenvolvido para proporcionar a educação em saúde sobre a prevenção de lesões não intencionais ligadas às fases de desenvolvimento da criança. Para explorar a utilidade da aplicação e refinar o seu conteúdo, três grupos focais foram conduzidas com 15 mães. Os dados foram analisados utilizando uma análise temática.	A maioria dos participantes relatou o uso anterior de aplicações de saúde, principalmente relacionados com a gravidez e recomendados por profissionais de saúde. A aplicação foi considerada fácil de utilizar e de fácil navegação. As participantes no grupo de "jovens mães" consideraram os conselhos úteis e mais acharam a linguagem demasiado complexa. Todos os participantes comentaram que, além disso o desenvolvimento de notificações de flexibilização e apoio por uma fonte reputada pode aumentar o seu envolvimento com a aplicação. O aplicativo de telemóvel GUS, destinado a reduzir lesões involuntárias em crianças menores de cinco anos, foi apoiado pelas mães como uma aplicação de promoção da saúde. Elas consideraram descarregá-lo, principalmente se recomendado por um profissional de saúde ou aprovado por uma organização de saúde respeitável.
280	Clapham, K., Bennett-Brook,	Austrália	Este estudo reporta sobre as	Foi realizada uma avaliação	Os resultados mostram um maior

	<p>K., & Hunter, K. (2018). The role of Aboriginal family workers in delivering a child safety-focused home visiting program for Aboriginal families in an urban region of New South Wales.</p>		<p>entrevistas qualitativa que explorou as formas como os clientes, o pessoal do IAMS (Illawarra Aboriginal Medical Service) e o serviço externo. Os provedores experimentaram o programa e avaliaram a sua aplicação pelos Aboriginal Family Workers</p>	<p>qualitativa do programa entre janeiro de 2014 e junho de 2015. Realizou-se entrevistas semiestruturadas realizadas a 34 indivíduos.</p>	<p>envolvimento do cliente no programa; conhecimentos e competências melhoradas em matéria de segurança infantil; maior acesso aos serviços; melhores atitudes relativamente à segurança doméstica e comunitária; e mudanças no ambiente de segurança doméstica. O programa em análise fornece então uma segurança infantil culturalmente apropriada</p>
301	<p>Zhou, H. Z., Fan, L. J., Wu, C. A., Luo, A. F., Mo, C. Q., He, G. H., Ruan, Z. L., Jing, J., Jin, Y., & Chen, W. Q. (2019). Understanding the associations among parents teaching safety rules to children, safety behaviors and unintentional injuries in Chinese preschool children.</p>	China	<p>Este estudo visa explorar a associação entre as regras de segurança ensinadas pelos pais com os comportamentos de segurança em crianças em idade pré-escolar no que respeita a lesões não intencionais.</p>	<p>Um total de 62.922 crianças registadas em 182 jardins de infância foram incluídas neste estudo de corte transversal. Os seus pais foram convidados a preencher um questionário autoadministrado que abrangia informação sociodemográfica, regras que ensinam as crianças em termos de segurança, comportamentos de segurança infantil e lesões involuntárias. Foram realizados modelos de regressão logística e linear para testar as</p>	<p>A análise da mediação ilustrou que os comportamentos de segurança infantil mediaram 18.1% da associação entre mães que ensinam regras de segurança e lesões não intencionais de crianças e 30,3% relativamente aos pais. Estes resultados sugerem que o ensino de regras de segurança às crianças por parte dos pais é benéfico para mitigar os riscos de lesões involuntárias no pré-escolar chinês crianças através da melhoria dos comportamentos de segurança infantil.</p>

				associações entre pais que ensinam segurança regras, comportamentos de segurança infantil, e lesões não intencionais de crianças.	
316	Wang, Y., Gielen, A. C., Magder, L. S., Hager, E. R., & Black, M. M. (2020). Varying Effect of a Randomized Toddler Home Safety Promotion Intervention Trial by Initial Home Safety Problems.	EUA	Uma intervenção de segurança dirigida às famílias de crianças de baixa renda, foi eficaz para melhorar a segurança doméstica. Este estudo examinou se o efeito varia em função dos problemas iniciais de segurança doméstica.	Foram recrutadas 277 mães com os seus filhos a região do Médio Atlântico dos Estados Unidos durante 2007-2010, sendo atribuídos de forma aleatória ao grupo de intervenção para a promoção da segurança (n=91) e no grupo de controlo de atenção (n=186). Os observadores classificaram as casas dos participantes com uma lista de verificação de 9 itens de problemas de segurança na linha de base, e com um acompanhamento de 6 e 12 meses. Os problemas iniciais de segurança doméstica foram categorizados como múltiplos (>=4	Aos 12 meses, o efeito de intervenção foi mais forte entre as famílias com problemas iniciais múltiplos do que não/fracos problemas iniciais, com uma redução de 1,55 mais problemas entre as famílias com problemas múltiplos, em comparação com as famílias com não/fracos (b=-1,55, SE=0,62, p=0,013). As intervenções que visam as famílias com múltiplos problemas de segurança podem ser mais eficazes do que a programação universal.

				problemas) e nenhum/pequeno (<4). Modelos lineares mistos avaliaram o efeito moderador com uma interação de três vias (tempo, intervenção, e problemas iniciais de segurança).	
--	--	--	--	--	--