



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL: Prevenção de Lesões Não Intencionais em Crianças 0-4 anos de Idade**

**Filipa Conceição Gorgulho Pinto**

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2020

*(Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri)*



IPBeja  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

# **PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL: Prevenção de Lesões Não Intencionais em Crianças 0-4anos de Idade**

**Filipa Conceição Gorgulho Pinto**

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2020

*Ao meu filho, Francisco.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Francisco, pelos seus sorrisos, pelo filho que é, e por me ter conduzido a descobrir a paixão pela pediatria

Aos meus pais e irmãos, por tudo o que fizeram e fazem por mim.

Ao Vasco, por me ter impulsionado e motivado a percorrer este caminho

À Professora Doutora Ana Lúcia Ramos, pela motivação, disponibilidade com que orientou este Relatório, e aprendizagens

Aos meus colegas por toda a ajuda, disponibilidade e motivação

A todos, muito obrigada.

## **RESUMO**

**Título:** Prevenção de Lesões não intencionais em crianças 0-4 anos

O presente relatório desenvolvido no âmbito de Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica apresenta como objetivo principal, descrever e refletir acerca de todo o percurso formativo realizado nos diferentes contextos de estágio e implementação de um projeto de intervenção.

O projeto proposto, transversal aos diferentes contextos clínicos, inscreve-se na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”. Este pretende contribuir para a Promoção da Segurança Infantil, mais especificamente na Prevenção de Lesões não Intencionais em Crianças 0-4anos de idade.

As lesões não intencionais ocorridas em crianças são uma das principais causas de morte, internamentos e incapacidades, evidenciando-se estas como um problema de saúde pública.

O presente projeto visa contribuir para a aquisição de competências enquanto mestre e enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Este foi desenvolvido com recurso à metodologia de trabalho de projeto e planeadas e realizadas atividades para contribuir para a promoção de ambiente seguros, possibilitando a transmissão de conhecimentos aos pais/cuidadores de crianças, relativos às lesões não intencionais e à sensibilização dos profissionais de enfermagem para a importância da transmissão dos cuidados antecipatórios, otimizando estratégias preventivas e promotoras da saúde.

Consideramos através da realização das atividades planeadas alcançar os objetivos propostos, tendo em vista a maximização da saúde da criança e família.

**Palavras-chaves:** Segurança Infantil; Lesões não Intencionais; Crianças; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## **ABSTRACT**

**Title:** Prevention of Non-intentional lesions in children between 0-4 years old

This report, written within the scope of the Masters and Specialization in Child and Paediatric Health Nursing Degree, presents, as a main objective, the description and reflection of the whole learning path, both in the internship context and the implementation of an intervention project.

The proposed project, broad to different clinical contexts, is inserted in the investigation area "Safety and Life Quality". This investigation area intends to contribute to the promotion of Child Safety, especially in the prevention of non-intentional lesions in children between 0-4 years old.

Non-intentional lesions in children are considered to be within the principal causes of death, internment, and incapacity, therefore constituting an issue of Public Health.

This project aims to contribute to the acquisition of skills as a master and nurse specialized in Child and Paediatric Health Nursing. This was developed using different methodologies, such as project work and planning and realization of activities to in order to contribute to the promotion of safe environments. This allows for the transmission of knowledge to the children's parents/caretakers, related to non-intentional lesions and the sensibilization of nursing professionals to the relevance of the transmission of preventive caretaking measures,, optimizing preventive and health promoting strategies.

It is considered that the realization of planned activities to reach the proposed objectives, will maximize both the children and the family's health.

**Keywords:** Child Safety; Non-Intentional Lesions; Children; Child and Paediatric Health Nursing

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	10
<b>1- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b>	13
1.1-LESÕES NÃO INTENCIONAIS NAS CRIANÇAS EM AMBIENTE DOMÉSTICO	13
<b>1.1.1-Fatores determinantes para a ocorrência de lesões não intencionais em ambiente doméstico</b>	15
<b>1.1.2- Desenvolvimento Infantil: a Criança dos 0-4 anos de idade</b>	16
1.2- PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL	19
<b>1.2.1- Prevenção de Lesões não intencionais</b>	20
1.2.1.1- Programas de Prevenção das lesões não intencionais em Portugal	21
1.2.2-Influência da atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prevenção das lesões não intencionais	23
<b>2- METODOLOGIA DE PROJETO</b>	27
<b>3 – ANÁLISE DO PERCURSO DE APRENDIZAGENS, ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</b>	30
3.1 - ESTÁGIO I- SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA	30
<b>3.1.1- Objetivos específicos, atividades desenvolvidas e avaliação</b>	32
3.2- ESTÁGIO FINAL: SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA	39
<b>3.2.1- Objetivos específicos, atividades desenvolvidas e avaliação</b>	41
3.3- ESTÁGIO FINAL: SERVIÇO DE – UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS	44
<b>3.3.1- Objetivos específicos, atividades desenvolvidas e avaliação</b>	44
3.4 -ESTÁGIO FINAL: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR (USF)	45
<b>3.4.1- - Objetivos específicos, atividades desenvolvidas e avaliação</b>	48
<b>4- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS – ANÁLISE REFLEXIVA</b>	49
4.1- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	61
4.2- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	67
4.3- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA AQUISIÇÃO DO	72

GRAU DE MESTRE	
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	74
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	78
<b>APÊNDICES</b>	86
Apêndice I- <b>Plano Projeto Final</b>	87
Apêndice II- <b>Instrução de Trabalho – Serviço de Internamento Pediatria: “Promoção da Segurança Infantil – Levantamento de Riscos e Estratégias de Resolução”</b>	95
Apêndice III- <b>Planeamento formação em serviço – Serviço de Internamento Pediátrico</b>	107
Apêndice IV- <b>Divulgação da formação em serviço – Serviço de Internamento Pediátrico</b>	109
Apêndice V- <b>Diapositivos da formação em serviço – Serviço de Internamento Pediátrico</b>	111
Apêndice VI- <b>Avaliação da formação em serviço – Serviço de Internamento Pediátrico</b>	125
Apêndice VII- <b>Folheto informativo – “Prevenir também é Cuidar”- Serviço de Urgência Pediátrica</b>	127
Apêndice VIII- <b>Informações para Unidade Internamento de Curta Duração</b>	129
Apêndice IX- <b>Póster segurança Infantil – Unidade de cuidados Intensivos Neonatais</b>	134
Apêndice X- <b>Questionário Casa Segura – Unidade de Saúde Familiar</b>	136
Apêndice XI – <b>Guia Orientador na Prevenção de Lesões não Intencionais em ambiente doméstico dos 0-4anos</b>	142
Apêndice XII – <b>Planeamento da Formação em serviço – USF</b>	148
Apêndice XIII – <b>Divulgação da Formação em Serviço – USF</b>	150
Apêndice XIV- <b>Diapositivos da formação em serviço – USF</b>	152
Apêndice XV- <b>Avaliação da formação em serviço – USF</b>	165
Apêndice XVI- <b>Artigo científico - Resumo</b>	167
Apêndice XVII- <b>Revisão Integrativa – Resumo</b>	170
<b>ANEXOS</b>	172
Anexo I- <b>Parecer da Comissão de Ética para a efetivação do Projeto de Intervenção</b>	173
Anexo II- <b>Participação do 3º Curso Básico de Vacinas</b>	176



**ÍNDICE DE TABELAS**

<b>Tabela nº1</b> – Resultados dos questionários 1ª parte	54
<b>Tabela nº2</b> – Resposta à 2ª parte questionários	56
<b>Tabela nº3</b> – tipo de lesão ocorrida	57

## **INTRODUÇÃO**

O presente relatório de estágio insere-se na Unidade Curricular Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, estruturado pela Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde. Esta Associação contempla a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco, e reproduz todo o percurso formativo desenvolvido longo das Unidades Curriculares Estágio I e Estágio Final.

Este patenteou todas a aprendizagens desenvolvidas e adquiridas no Estágio I e Estágio Final, e o desenvolvimento do projeto de intervenção, de forma a refletir a aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Competências de Mestre.

O projeto desenvolvido inserido na linha de investigação “Segurança da Criança e Qualidade de Vida” pretendeu contribuir para a Promoção da Segurança Infantil, mais especificamente para a Prevenção de Lesões não Intencionais em crianças até aos 4 anos de idade, tendo-se recorrido à metodologia de trabalho de projeto para o seu desenvolvimento. Esta metodologia, segundo Ruivo & Ferrito (2010), centra-se na resolução de problemas, e permite a aquisição de inúmeras capacidades e competências em situação real, e deste modo uma mudança.

As lesões não intencionais nas crianças são uma realidade alarmante a nível mundial, e sendo Portugal não é exceção. Estas são consideradas como um dos principais motivos de internamento, morte, ou incapacidade, aliados a elevados custos pessoais, familiares, sociais e económicos (Ordem dos Enfermeiros, 2017), sendo factor prioritário a implementação de medidas protetoras e preventivas, e a gestão de ambientes seguros

As crianças, devido essencialmente às suas características inatas e ao seu constante desenvolvimento e crescimento, apresentam uma curiosidade intérmina, em busca de um mundo desconhecido, e sem noção dos possíveis riscos que estão sujeitas, tornando-se

estas vulneráveis à ocorrência de lesões. Por sua vez, as próprias características do domicílio e a ausência de medidas de prevenção, quer a nível social e familiar, contribuem também expressivamente para a ocorrência de lesões não intencionais.

Neste sentido e segundo dados da APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil, o ambiente doméstico, a casa, surge como o local onde ocorrem mais lesões não intencionais, sobretudo com crianças até aos 4 anos de idade, evidenciando-se esta faixa etária como grupo prioritário para intervenção (2017).

A prevenção de lesões e a conceção de ambientes seguros são elementos primordiais na diminuição dos números das lesões não intencionais. E o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) assume um papel influente na redução destes números catastróficos, pois apresentam estratégias facilitadoras promotoras de saúde.

A motivação e interesse pela presente temática baseou-se na experiência profissional, onde frequentemente são admitidas crianças vítimas de lesões não intencionais, muitas delas evitáveis e preventivas, desencadeadas pela falta de conhecimentos, tornando-se evidente a atuação do enfermeiro na capacitação de conhecimentos e/ou comportamentos aos pais/cuidadores relativos à transmissão de cuidados antecipatórios na prevenção de lesões não intencionais.

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS), e o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (PNPA 2010-2016), o sucesso da promoção da segurança infantil e da prevenção de lesões não intencionais, depende de uma abordagem intersectorial e interdisciplinar e do envolvimento de vários pareceres (DGS, 2010), sendo essencial a envôlvência do sector da área da saúde.

Salientamos a duas vertentes fundamentais para a criação de ambientes seguros, sendo elas a “Capacitação de conhecimentos/comportamentos dos pais relativos à promoção de ambientes promotores de segurança infantil” e a “Sensibilização dos profissionais de enfermagem na utilização de estratégias conducentes à promoção de segurança infantil”.

O presente projeto assenta no referencial teórico de Parceria de Cuidados de Anne Casey e segue as etapas da metodologia de trabalho de projeto, de forma a dar resposta aos problemas identificados relacionados com a segurança infantil.

O projeto de intervenção intitulado ‘Promoção da Segurança Infantil: Prevenção de Lesões não Intencionais em Crianças 0-4 anos de idade’ apresenta como objetivo geral:

- Contribuir para a segurança das crianças até aos 4 anos de idade, no que respeita às lesões não intencionais.

Para tal, planeamos e desenvolvemos intervenções orientadoras na capacitação de conhecimentos aos pais/cuidadores de crianças 0-4anos relativas à promoção da segurança

infantil, prevenindo as lesões não intencionais, e intervirmos de modo a sensibilizar os profissionais de enfermagem para a utilização de estratégias conducentes à prevenção de lesões não intencionais em crianças.

O presente relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos distintos.

No primeiro capítulo, respeitante ao Enquadramento Concetual, realizamos a contextualização da temática das Lesões não Intencionais, a descrição do crescimento e desenvolvimento das crianças entre os 0 e os 4 anos de idade, a importância da prevenção das lesões não intencionais, e a atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

No segundo capítulo, descrevemos a metodologia de projeto, percorrendo todas as etapas. Começamos por descrever o diagnóstico de situação, por forma a definirmos o problema ao qual pretendemos dar resposta, passamos posteriormente para a definição de objetivos, planeamento e execução das atividades delineadas.

No terceiro capítulo abordamos todo trajeto efetivado ao longo das Unidades Curriculares de Estágio I e Estágio Final, descrevendo as atividades desenvolvidas durante os diferentes contextos, desde os Cuidados de Saúde Primários aos Cuidados Hospitalares.

No quarto capítulo realizamos uma análise reflexiva e crítica, em que se correlacionamos as atividades desenvolvidas durante os estágios, conhecimentos adquiridos, e a realização do projeto de intervenção de forma a apresentar a aquisição de Competências Comuns de Enfermeiros Especialista, Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Competências de Mestre.

E no quinto capítulo tecemos as considerações finais.

Todo o documento encontra-se escrito em conformidade com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e de acordo com a norma de referência da sexta edição da *American Psychological Association* (APA).

## 1. ENQUADRAMENTO CONCRETUAL

Todo o trajeto de desenvolvimento académico está dependente de bases teóricas e linhas orientadoras. Realizamos uma vasta pesquisa que se tornou fundamental e essencial para a definição de conceitos essenciais para o nosso estudo.

Seguidamente, apresentamos o enquadramento da temática Prevenção de lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos de idade, enquadrado no Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, modelo este utilizado pelo EEESIP na prestação de cuidados.

### 1.1- LESÕES NÃO INTENCIONAIS NAS CRIANÇAS EM AMBIENTE DOMÉSTICO

As lesões não intencionais igualmente designadas por outros conceitos, como acidentes não intencionais, lesões acidentais, ou unicamente acidentes, são definidas de acordo com a Classificação Internacional de Causas Externas de Lesão (CICEL) como um acidente imprevisto, que não houve intenção de causar lesão, lesão ou morte, mas que resultou em lesão (2004).

Mundialmente ocorrem aproximadamente 830 mil óbitos/ano em crianças e jovens até aos 18 anos vítimas de lesões não intencionais. Em Portugal, nos anos 2011-2015 morreram cerca de 340 crianças e jovens, aproximadamente 24.784 internamentos vítimas de lesões não intencionais (APSI, 2017).

Atualmente os valores estatísticos alarmantes das lesões não intencionais têm vindo a diminuir, no entanto continuam a ser motivo de preocupação e um grave problema de saúde pública (OE, 2017).

A vulnerabilidade das crianças para a ocorrência de lesões encontra-se intrinsecamente ligada ao seu crescimento e desenvolvimento, à inexistência de maturidade física, comportamental e mental, bem como aos comportamentos responsáveis da sociedade atual. Destacamos assim, as crianças como grupo vulnerável à ocorrência de lesões não intencionais, essencialmente associado ao seu constante crescimento e desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social (DGS, 2013), e ao facto de viverem em ambientes projetados para adulto, contribuindo para esta alarmante incidência (Tavares et al, 2013).

Tais particularidades exigem vigilância e atuação eficazes de adultos para garantir a proteção e bem-estar.

Neste seguimento, e de acordo com o Alto Comissariado da Saúde e a APSI (2011) são grupo de intervenção prioritário, as crianças entre os 0 e os 4 anos, tendo a referida faixa etária uma percentagem significativa, quando comparada com outras no que se refere à incidência de lesões não intencionais.

Igualmente importa salientar que entre 2011 e 2015 faleceram 68 crianças com idades inferiores a 4 anos de idade, vítimas de lesões não intencionais, e 5428 internamentos em resultado destas lesões e de acidentes com veículos a motor (APSI, 2017).

Existem também vários estudos em diferentes países, que evidenciam as crianças menores de 4 anos como as mais propensas a sofrer lesões, variando a frequência de lesões entre os 21% e 68% (Kahriman. & Karadeniz, 2018).

Estes números refletem a realidade do nosso país relativamente às lesões não intencionais, levando a grandes constrangimentos tanto para as crianças, como para as suas famílias, tendo impactos, em termos de incapacidade, anos de vida saudável perdidos, encargos financeiros com hospitalizações, baixa por doença e redução da produtividade. (DGS, 2010). São assim infinitas as consequências destas lesões, como o sofrimento, a dor, sequelas permanentes, como a desfiguração causada por cicatrizes de queimaduras e deficits neurológicos resultantes de traumas cranianos (Gurgel & Monteiro, 2016).

A casa surge como o lugar onde ocorrem mais lesões não intencionais, sobretudo com crianças até aos 4 anos de idade (APSI, 2017), evidenciando-se esta faixa etária como grupo prioritário para intervenção. Facto justificativo pois é em casa, que as crianças passam mais tempo, sendo estas incapazes de perceber e gerir o perigo potencial, devido à fase de desenvolvimento em que se encontram

As quedas destacam-se como a maior causa de lesões não intencionais (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2014), destacando-se seguidamente os afogamentos, queimaduras, intoxicações e asfixia (DGS, 2010).

Assim sendo é fundamental intervir no sentido de reduzirmos esta realidade alarmante das lesões não intencionais em crianças, de forma a diminuirmos estes números catastróficos e promovendo ambientes seguros e adaptados.

### **1.1.1- Fatores determinantes para a ocorrência de lesões não intencionais em ambiente doméstico**

As lesões não intencionais são previsíveis e preventivas, sendo as mesmas frequentes porque os pais nem sempre conhecem as limitações de cada fase da vida dos filhos, além de não terem o hábito de pensar nos perigos dentro de casa (Gomes et al, 2013). A prevenção deve ocorrer antes que a causa apareça, evitando que a lesão ocorra.

Deste modo, a criação de ambientes seguros para as crianças assume um papel fulcral, destacando-se a importância do enfermeiro na capacitação e empoderamento de conhecimentos e comportamentos dos pais relativos à prevenção de lesões não intencionais.

Toda a arquitetura e condições de habitação têm influência na ocorrência de lesões, devendo esta ser adaptada e o ambiente preparado para que a criança possa explorá-lo em segurança. É possível torná-la um espaço mais amigável, através da adaptação de alguns aspetos da construção, da reorganização e arrumação de espaço e da escolha de produtos e objetos que existem em casa (APSI, 2019).

Segundo o relatório da Public Health England (2014), que aborda especificamente crianças com menos de 5 anos, em ambiente doméstico, são definidos padrões chave importantes na ocorrência de lesões não intencionais, tais como o desenvolvimento da criança, o ambiente físico em casa, o conhecimento e comportamento dos pais e de outros responsáveis, os equipamentos de segurança, bem como os produtos de consumo em casa.

Outro estudo, que evidencia a existência de diferentes fatores de risco que têm por base um paradigma socio-ecológico, agrupado em quatro dimensões, criança, família/cuidador principal, ambiente e comportamentos de risco.

Relativamente à dimensão Criança, evidencia-se a existência de características da própria criança concorrem para um aumento do risco de lesões não intencionais, tal como o sexo masculino. Na dimensão Família/Cuidador principal considera-se que os cuidadores são modelos para as crianças, e as famílias com menores rendimentos e um nível socioeconómico desfavorável apresenta um risco maior de lesão não intencional. A supervisão realizada pelos irmãos mais velhos também contribui para um aumento do risco da ocorrência de lesões. Assim como as habilitações/literacia do cuidador, também estão associadas a uma menor percentagem de lesões não intencionais, e na adoção de práticas de segurança e identificação de riscos. Por sua vez, os Comportamentos de Risco estão relacionados com a presença de perigos ao alcance da criança, ou seja de fácil acesso, constituindo um perigo para a criança. E por fim a dimensão Ambiente encontra-se

relacionada com as próprias condições da habitação e organização da mesma, podendo influenciar a ocorrência de lesões (Ramos, Nunes & Nogueira, 2013).

Deste modo é importante realçar a efetivação de intervenções e cuidados responsáveis, promotores de ambientes seguros, que cooperem significativamente para a prevenção de lesões não intencionais, sobretudo em ambiente doméstico, onde a sua ocorrência é influente.

### **1.1.2-Desenvolvimento infantil: a criança dos 0-4 anos de idade**

A infância envolve etapas sucessivas de desenvolvimento, cada uma com as suas especificidades. O desenvolvimento infantil é um processo contínuo, cada etapa prepara a criança para a etapa seguinte, na medida em que a criança cresce e se desenvolve intelectual, social e afetivamente.

O seu crescimento e desenvolvimento começam desde a concepção e são particularmente rápidos nos primeiros anos de vida, sendo estas etapas únicas para cada criança, podendo diferenciar-se entre elas, dentro do padrão de crescimento e desenvolvimento normal.

Assim sendo, neste capítulo centramo-nos no desenvolvimento e crescimento da criança, tendo em conta a dualidade entre as competências que a criança vai adquirindo e a potencialidade de riscos que acompanham esta mesma evolução.

O **desenvolvimento psicomotor** na criança surge como um processo dinâmico e contínuo, sendo constante a ordem de aparecimento das diversas funções, no entanto, a rapidez com que ocorre a passagem de um estadió para outro pode diferir de criança para criança. (DGS, 2013).

O crescimento é rápido, especialmente durante os primeiros 6 meses, e a nível físico destaca-se o aumento do peso, do comprimento, e do tamanho do perímetro cefálico. (Hockenberry & Wilson, 2014). Destaca-se o crescimento exponencial da cabeça, o que torna a parte de cima do corpo mais pesada, podendo potencializar algumas situações de lesões não intencionais, como afogamento ou asfixia. A cabeça do lactente passa igualmente por alterações importantes relacionadas com a maturação e encerramento das fontanelas, tornando-se esta vulnerável em situações de queda (Hockenberry & Wilson, 2014).

A criança passa também por uma maturação a nível das suas competências. Inicialmente apresenta reflexos primitivos, e gradualmente desenvolvidos movimentos

voluntários e com propósitos, surgindo novos reflexos, e adquirindo competências nos campos da motricidade grosseira e fina. (Hockenberry & Wilson, 2014)

Outra característica importante nos RN é o dorso arredondado, podendo virar-se acidentalmente. Aos 5 meses surge a capacidade de virar o corpo da posição ventral para dorsal e aos 6 meses o inverso. Aos 7 meses conseguem sentar-se sozinhos, e inclinar-se para a frente, aos 8 meses sentam-se sem apoio e aos 10 meses conseguem passar da posição ventral para a posição sentada. Aos 11 – 12 meses conseguem colocar-se em pé (Hockenberry & Wilson, 2014).

Relativamente à locomoção, que envolve a aquisição da capacidade de suportar o peso, mover-se para a frente nas quatro extremidades, ficar de pé com apoio, e andar sozinho, aos 6 – 7 meses o lactente é capaz de suportar todo o seu peso nos membros inferiores com ajuda. Aos 9 meses já consegue gatinhar sobre as mãos e joelhos, e levantar-se agarrado à mobília, aos 11 meses conseguem caminhar agarrados, e aos 12 meses andar apenas com uma mão agarrada (Hockenberry & Wilson, 2014). Surgem nesta faixa etária a maioria das lesões não intencionais, principalmente através de quedas, sendo a cabeça a primeira parte a bater no chão.

No que se refere à motricidade, aos 5 meses de idade o lactente é capaz de agarrar voluntariamente um objeto. A preensão com a palma da mão é gradualmente substituída pela preensão em pinça. Aos 6 meses aumentam a competência manipulativa conseguindo segurar o biberão e agarram os pés e puxam-nos para a boca. Aos 7 meses de idade conseguem transferir objetos de uma mão para outra, gostam de bater com os objetos e começam a explorar as partes removíveis de um brinquedo. Aos 8 – 9 meses já conseguem fazer uma preensão em pinça grosseira e aos 10 meses a mesma está estabelecida o suficiente para lhes permitir apanhar objetos pequenos. Cerca dos 11 meses conseguem fazer uma preensão em pinça precisa (Hockenberry & Wilson, 2014).

A locomoção surge como a principal habilidade entre o primeiro e terceiro ano. Aos 12 - 13 meses conseguem andar sozinhos e aos 18 meses tentam correr. Entre os 2 e 3 anos, ocorre o refinamento da posição ereta e bípede, sendo evidente a melhoria da coordenação e do equilíbrio (Hockenberry & Wilson, 2014).

O desenvolvimento da motricidade fina é demonstrado pela destreza manual cada vez maior. Aos 12 meses de idade são capazes de agarrar um objeto muito pequeno, mas incapazes de o largar quando desejam. Aos 15 meses, atirar ou lançar objetos e apanhá-los. Aos 18 meses podem lançar um objeto sem perder o equilíbrio. O domínio das habilidades motoras é evidenciado em todas as atividades da criança, nos jogos, brincadeiras, vestir-se, compreensão da linguagem, resposta à disciplina, interação social e propensão a lesões.

(Hockenberry & Wilson, 2014). Evidencia-se a possibilidade de exploração e manipulação do ambiente e os seus perigos são intermináveis.

A criança consegue subir e descer escadas, atirar e apanhar bolas grandes, andar de triciclo e dançar, mesmo que o equilíbrio não seja o mais adequado. Aos 4 anos, mantém-se na ponta dos pés, consegue saltar e correr, salta quase 1 metro com os dois pés, joga à bola com habilidade, aprende a saltar à corda, existe um aumento da maturação oculomotora, com melhor coordenação entre a lateralidade e o movimento (OE, 2010).

A nível do desenvolvimento motor fino, desenvolvem a coordenação mão – olho e consequentemente a capacidade de realizar movimentos coordenados, como desenhar, vestir, conduzindo a maior independência.

No que se refere ao **desenvolvimento psicossocial**, Erickson agrupou diferentes estádios de desenvolvimento. Entre o nascimento e os 18 meses destaca-se a fase *Confiança VS Desconfiança*, em que a criança desenvolve o sentido de confiança nas pessoas e nos objetos do seu mundo, e tem necessidade e precisa de desenvolver um equilíbrio entre confiança e desconfiança. (Papalia & Feldman, 2013). Neste período, a criança recebe cuidados, exigindo a realização das suas necessidades básicas, sendo o seu progenitor um elemento primordial.

Posteriormente, Erikson identificou o período entre 18 meses e os 3 anos de idade como o estadio no desenvolvimento da personalidade, *Autonomia versus Vergonha e dúvida*. Neste período a criança manifesta já alguma autonomia, e os seus comportamentos têm um efeito calculável sobre os outros, levando em busca da sua independência. A vergonha também começa a ser manifestada, sentindo a criança medo de praticar as suas capacidades de manipulação do ambiente. Assim sendo, esta fase é caracterizada pela autonomia, e concomitantemente ultrapassa o sentido de dúvida e vergonha (Hockenberry & Wilson, 2014).

Na fase pré-escolar, entre os 3 e os 5 anos, destaca-se o estadio *Iniciativa versus Culpa*, sendo a iniciativa a principal aquisição, passando por um período de grandes aprendizagens.

De acordo com o **desenvolvimento cognitivo** adquirem-se novas aptidões, e de segundo Piaget, os estadios correspondentes a esta faixa etária são o *sensorio-motor* dos 12 aos 24 meses de idade e o *pré-operatório* dos 2 aos 7 anos de idade (Hockenberry & Wilson, 2014). A primeira fase, sensoriomotora é caracterizada pela aquisição da linguagem, sendo as competências lógicas ainda limitadas. Aos 2 anos de idade, destaca-se o egocentrismo a nível da linguagem, e a dependência da percepção para a resolução de problemas, ou seja, o não conseguir colocar-se no lugar de outro (Hockenberry & Wilson, 2014).

Na segunda fase, *Pré-Operatório*, as crianças ainda não estão preparadas para se envolver em operações mentais lógicas. Só entre os 2-4 anos iniciam o desenvolvimento da capacidade de comunicação verbal, surgindo um vocabulário cada vez mais rico e uma expansão no uso do pensamento simbólico, ou capacidade representacional, associando objetos, lugares e a acontecimentos anteriores (Hockenberry & Wilson, 2014).

Relativamente ao **desenvolvimento psicosexual**, Freud revigora a perspectiva psicanalítica em cinco fases. A primeira, fase oral, do nascimento até aos 12/18 meses; a fase anal entre 12/18 meses e os 3 anos; a fase fálica entre os 3 e 6 anos; a fase de latência entre os 6 anos e a puberdade, e por fim a fase genital, da puberdade até à idade adulta.

De acordo com a faixa etária em estudo, torna-se pertinente o foco nas primeiras três fases. Na primeira, fase oral, a criança busca o prazer no ato de sugar e tem grande inclinação para colocar os objetos na boca, de forma involuntária, o que pode potenciar situações de risco, como asfixia. Deste facto emerge a necessidade de orientar os pais, por exemplo, na escolha de brinquedos adequados a cada etapa de desenvolvimento da criança.

Na fase anal a criança inicia o andar, o falar e estabelece-se o controle dos esfíncteres, e na fase fálica ocorrem as primeiras sensações sexuais e desenvolve-se o interesse pelos genitais.

A criança, especificamente até aos quatro anos de idade, ainda não tem a perceção de perigo completamente desenvolvida, o que implica a necessidade constante de ser acompanhada neste sentido, por cuidadores despertos para os perigos, que promovam e tenham comportamentos de segurança e que protejam as crianças dos riscos associados ao ambiente em que se desenvolvem.

Assumimos que o desenvolvimento, a nível motor, cognitivo, psicológico e a perceção da criança influenciam o risco de lesões, bem como o mecanismo como esta ocorre. Ou seja, as lesões por afogamentos na banheira e a ingestão de veneno são mais frequentes nas crianças mais pequenas, não apresentando grande destaque nas crianças mais velhas, que apresentam melhor coordenação motora e habilidades intelectuais.

Em síntese, salientamos a existência de uma forte associação entre o tipo de lesões e a etapa de desenvolvimento em que a criança se encontra.

## 1.2- PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL

A segurança constitui um recurso essencial ao desenvolvimento e a sua promoção, sendo esta primordial na melhoria da qualidade de vida e bem-estar das crianças e jovens.

O assegurar da criação de um ambiente promotor de saúde é essencial para o crescimento e desenvolvimento pleno a nível físico, psico-motor e sociocognitivo e em prol gozo dos seus direitos.

Consideramos a possibilidade de caminhar no sentido da promoção da segurança, minimizando os riscos presentes e capacitando as pessoas para que consigam superar as dificuldades e enfrentar as ameaças que o ambiente proporciona.

Neste sentido a promoção da segurança e a prevenção de lesões requer que os pais e cuidadores tenham consciência das ameaças existentes para as crianças e que conheçam as formas como as proteger dessas ameaças. No entanto, por vezes parece existir necessidade de maior conhecimento por parte dos pais de estratégias e comportamentos de segurança a adotar, para além de ser fundamental conhecerem as competências da criança que estão a cuidar.

### **1.2.1- Prevenção de lesões não intencionais**

As estratégias de prevenção de lesões não intencionais mais eficazes passam sobretudo por isolar os perigos, sempre que não seja possível eliminá-los, e modificar algumas situações de risco (APSI, 2019). Deste modo é possível utilizar estratégias de prevenção, tais como a adaptação de ambientes e utilização de equipamentos e dispositivos de proteção, e uma vigilância ativa de um adulto com capacidade de atuar.

As lesões não intencionais acontecem devido essencialmente à morfologia das crianças, à motivação, curiosidade, exploração e descoberta do que a rodeia e o facto de não possuírem a noção do perigo.

Estas reproduzem um grave problema de saúde pública, evidenciando-se percentagens elevadas de mortalidade infantil e concomitantemente uma realidade alarmante a diferentes níveis. O envolvimento de vários sectores, e disciplinas, tais como da saúde, proteção social, educação, e construção são fundamentais na criação conjunta de objetivos comuns direcionados para a área preventiva, e com necessidade de intervenção prioritária (DGS, 2010).

A capacitação dos pais/cuidadores, com o intuito de criar ambientes seguros de acordo com as características de desenvolvimento da criança e do espaço físico com que esta interage surge como factor imprescindível na minoração de ocorrência de lesões não intencionais.

Assim sendo, é essencial a transmissão de conhecimentos de medidas preventivas das lesões não intencionais, bem como a compreensão que as crianças estão em constante crescimento e desenvolvimento.

Importa salientar a importância das crianças em explorar o mundo, no sentido de crescerem e desenvolverem-se saudavelmente, pelo que qualquer medida de prevenção não deve as deve privar de brincar e explorar o mundo que a rodeia. Estas devem ser estimuladas nas suas actividades diárias, inteligência, capacidade de resolver situações, de experimentar, numa palavra, de crescer, ou seja: uma criança não pode ver-lhe retirado o direito de “ser criança” (Cordeiro, 2015).

Deste modo, deve existir uma intervenção fulcral da saúde pública no sentido da prevenção de lesões não intencionais, utilizando-se estratégias de mudança dos ambientes, respostas dirigidas para os grupos mais vulneráveis e canalizar resultados de avaliação e investigação.

#### 1.2.1.1.- Programas de Prevenção das lesões não intencionais em Portugal

Destacam-se algumas entidades importantes na área da promoção de ambientes seguros, tais como o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes, contextualizado pelo Ministério da Saúde (MS), e dirigido para a promoção da segurança e para prevenção de acidentes. O PASI, Plano de Acção para a Segurança Infantil, que é resultado de uma parceria entre a DGS, APSI e o Alto Comissariado da Saúde. E na área epidemiológica, o Sistema EVITA, Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes, integrado no Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

O Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016, dirigido a toda a população, com abordagem nos grupos de risco, nomeadamente crianças, profissionais de saúde e da educação, cuja influência é fundamental, num sentido preventivo transversalmente à efetivação de estratégias promotoras de segurança. Este beneficia igualmente as tomadas de decisão e ações no que concerne a medidas de prevenção das lesões não intencionais (DGS, 2010).

O programa supracitado tem como objetivo geral a promoção da segurança e prevenção de acidentes/lesões não intencionais, de forma a aperfeiçoar a intervenção de emergência, garantindo respostas de qualidade e serviços agregados para as vítimas de lesões (DGS, 2010). Assim sendo, através de ações promotoras de comportamentos seguros e competências específicas para lidar com o risco de ocorrência de lesões alcançam-se ganhos em saúde.

Destacam-se oito eixos estratégicos para a sua execução. Capacitar os profissionais para a promoção da segurança, a prevenção de acidentes e o desenvolvimento de competências para gerir o risco; Reforçar a ação comunitária em promoção da segurança e prevenção de acidentes; Reforçar a ação intersectorial para a promoção da segurança e da saúde; Orientar a intervenção dos serviços de saúde para a prestação de cuidados de qualidade à vítima; Regulamentar, legislar, e normalizar práticas seguras; Monitorizar os acidentes não intencionais; Apoiar a investigação, identificando comportamentos positivos e de prevenção das lesões não intencionais; e Cooperar na implementação de boas práticas, com organizações internacionais, tais como OMS e União Europeia (UE) (DGS, 2010).

Assim senso, o envolvimento ativo da comunidade é imprescindível, bem como dos vários setores para uma melhoria constante dos indicadores de saúde.

No que concerne ao Plano de Ação para a Segurança Infantil (PASI) este reconhece estratégias integradas para a prevenção de lesões não intencionais em contexto pediátrico, numa abordagem transversal e multissetorial (Alto Comissariado da Saúde & APSI, 2011). Este direciona a sua atuação em três pilares: Conhecer os Riscos, através da monitorização das lesões não intencionais de crianças e jovens, bem como os seus mecanismos e características, de forma delinear-se estratégias e prioridades; Criar ambientes seguros, através da implementação de estratégias norteadoras de prevenção; e Minimizar Riscos, através da diminuição do número de lesões, da sua gravidade e consequências, para uma atuação mais rápida e eficaz (Alto Comissariado da Saúde & APSI, 2011).

Destacam-se também sete eixos de intervenções essenciais: Sistema de Informação Integrado, no tratamento e recolha de dados referentes às lesões não intencionais; Formação académica e profissional, para o desenvolvimento de uma prática sustentada, Traumatismos crânio-encefálicos e vertebro-medulares; Segurança nos Espaços de Turismo, Lazer e Tempos Livres; Acidentes dos 0 aos 4 anos em contexto doméstico; Segurança em espaços educativos exteriores e envolventes; e Segurança em ambientes construídos, garantindo a importante fiscalização de espaços físicos frequentados pelas crianças (Alto Comissariado da Saúde & APSI, 2011).

Na área epidemiológica, a monitorização e controlo das lesões não intencionais é realizada através da vigilância das taxas de mortalidade e morbidade infantil feito através do instituto Nacional de Estatística (INE), pelo registo das taxas de acidentes de viação, e do sistema EVITA (Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes).

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) também se destaca como ferramenta promotora de saúde infantil e juvenil, e pretende garantir o desenvolvimento a todas as crianças e jovens, independentemente dos contextos socioeconómicos em que se

encontram inseridos. Este, prima pela vigilância em saúde infantil e juvenil e pela obtenção de ganhos em saúde na população pediátrica.

Existem cuidados antecipatórios pressupostos neste programa, transmitidos em distintos contextos, envolvendo a criança, jovem e as suas famílias na maximização do estado de saúde.

Neste sentido, a promoção da segurança infantil, e mais especificamente a prevenção de lesões não intencionais é compreendida na vertente de saúde pública, sendo fundamental a implementação e transmissão de estratégias promotoras de ambientes seguros.

#### 1.2.2.2- Influência e Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Promoção de Segurança Infantil e Prevenção de lesões não intencionais

A promoção da segurança infantil, e especificamente a prevenção de lesões não intencionais em idade pediátrica surge como uma prioridade e preocupação. Neste sentido, a adoção de medidas e comportamentos seguros é da responsabilidade dos pais/cuidadores, devendo estes ter uma vigilância ativa e persistente pelos seus filhos.

Importa referir que a criança se desenvolve a explorar o mundo que a rodeia, usando para isso os cinco sentidos, sendo imprescindível a adoção de medidas preventivas.

Deste modo, a segurança infantil constitui-se como um elemento básico e necessário para um desenvolvimento infantil pleno e saudável, e a ocorrência de lesões não intencionais muitas vezes são previsíveis e preveníveis, pois os pais nem sempre conhecem as limitações de cada fase da vida dos filhos, além de não terem o hábito de pensar nos perigos dentro de casa (Gomes, et al. 2013).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o desenvolvimento infantil saudável é compreendido numa vertente social, emocional e física. A vertente social abrange os contextos em a criança está inserida, a vertente emocional é referente ao bem-estar e conforto que a criança sente com quem desenvolve relações de afeto, e a vertente física refere-se ao risco de ocorrência de lesões no ambiente envolvente (OE, 2010).

Deste modo, a conceção de ambientes seguros para as crianças assume um papel fulcral para o seu desenvolvimento saudável, destacando-se a importância do enfermeiro na capacitação e empoderamento de conhecimentos e comportamentos aos pais relativos à prevenção de lesões não intencionais.

Neste sentido, os profissionais de saúde são considerados agentes responsáveis pela promoção da saúde, estabelecendo uma parceria de cuidados com os pais e família. Estes

emergem como essenciais, tanto na vertente preventiva, como na deteção de ambientes favoráveis à ocorrência de lesões, e na atuação dos casos em que não foi possível evitar a lesão não intencional (Bezerra, et al, 2016).

Importa referir que para os enfermeiros o cuidado é a essência da profissão, onde se contempla a importância da prevenção, para que as crianças fiquem livres dos danos decorrentes das lesões, e dos possíveis internamentos e tratamentos traumatizantes e dolorosos (Faria, et al, 2018).

Deste modo salientamos a existência de medidas simples, mudanças nos hábitos domiciliários, e informações pertinentes relativas às lesões não intencionais em ambiente doméstico, que podem contribuir expressivamente para a mudança dessa realidade. Da mesma opinião destacam-se Gurgel, A & Monteiro, A. ao referir que os enfermeiros estão envolvidos nos cuidados diretos aos indivíduos e famílias, ocupando um lugar estratégico para realizar investigações e acções preventivas relativamente à prevenção de lesões não intencionais (2016).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica surge como agente educativo, na promoção da saúde, conhecendo e compreendendo as necessidades de saúde da população, educando e transmitindo conhecimentos promotores de saúde.

Neste sentido, a transmissão de orientações antecipatórias às famílias evidencia-se como crucial na maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil, de acordo com a idade e o desenvolvimento da criança. Esta transmissão dirigida aos pais ou cuidadores principais, de medidas específicas que minimizem os riscos, e o ensino acerca da modificação e utilização dos equipamentos de segurança assume relevância na diminuição do risco de lesões.

Segundo o relatório da Public Health England (2014), que aborda especificamente crianças com menos de 5 anos, em ambiente doméstico, são definidos padrões chave úteis para os profissionais de saúde direcionarem as suas atuações e intervenções, tais como o desenvolvimento da criança, o ambiente físico em casa, o conhecimento e comportamento dos pais e de outros responsáveis, os equipamentos de segurança, bem como os produtos de consumo em casa.

Os enfermeiros constituem-se os profissionais que acompanham a criança ao longo do seu ciclo vital, desde a sua infância e juventude, conhecendo o seu seio familiar, e por vezes as condições em que habitam. Apresentam deste modo competências facilitadoras, que lhes permitem avaliar os riscos e direcionar a sua intervenção face aos riscos conhecidos, e tentando adaptar à realidade específica de cada criança e família (Ramos & Nunes, 2014).

Neste contexto, é de extrema importância a existência de conhecimentos especializados acerca dos cuidados diferenciados em cada fase do desenvolvimento infantil, bem como a capacidade dos enfermeiros em comunicar com a família, estabelecendo uma parceria de cuidados no que se refere a promoção de comportamentos saudáveis ao longo do desenvolvimento da criança (OE, 2010).

O presente projeto sustenta-se no referencial teórico de Parceria de Cuidados de Anne Casey.

Este é caracterizado pela importante e fundamental participação dos pais nos cuidados à criança, bem como na valorização do desenvolvimento da criança/família, em todas as suas dimensões, física, emocional, moral e social (Moita, 2015). O modelo teórico destaca um princípio fundamental, que os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos (Casey, 1993).

O presente Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey engloba cinco conceitos, criança, saúde, família, ambiente e enfermeiro (Casey, 1993), importantes na justificação da nossa temática.

A criança, que surge como um ser dependente, e com necessidades de cuidados desde o seu nascimento, sendo estas satisfeitas pelos pais, à medida cresce e se desenvolve. Progressivamente, a criança vai adquirindo novas capacidades e conhecimentos, tornando-se mais independente. A saúde surge como bem-estar físico e mental que permite que a criança atingir o seu potencial. Relativamente ao Ambiente, este influencia o desenvolvimento da criança, de acordo com os estímulos externos, que tem origem no ambiente que rodeia a criança. A família, por sua vez, é descrita a principal responsável na prestação de cuidados à criança, influenciando o seu crescimento e desenvolvimento. E finalmente, o enfermeiro desenvolve os seus cuidados, incentivando e envolvendo os pais a prestar os cuidados familiares, de acordo com as necessidades básicas da criança, promovendo o máximo bem-estar da criança (Casey, 1993).

Deste modo, salientamos a importância ao nível do reconhecimento e respeito pela família nos cuidados à criança, conduzindo a que as necessidades da criança/família sejam centrais ao processo de cuidar, tendo o enfermeiro uma intervenção crucial na promoção do ensino e apoio, de forma a capacitar a família na tomada de decisão (Casey, 1993).

E os enfermeiros ao reconhecerem os pais como sendo os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, desenvolvem as suas ações, transmitindo conhecimentos e técnicas apropriadas na satisfação das necessidades dos seus filhos.

A parceria entre enfermeiro e pais distingue-se como peça vital na prevenção de lesões não intencionais, de acordo com o princípio da parceria de cuidados, pois permite estabelecer um processo de negociação entre enfermeiro e pais, garantindo uma parceria

eficaz e a adoção de comportamentos adequados ao desenvolvimento da criança e à promoção de ambientes seguros. Destacamos ainda esta parceria como mecanismo facilitador na capacitação dos pais relativamente a conhecimentos preventivos de lesões não intencionais, e na identificação de situações de risco.

Importa assim referir a importância dos enfermeiros EESSIP na sensibilização e envolvimento da promoção da segurança infantil, pois exercem um papel primordial na capacitação dos pais, capacitando-os de conhecimentos e comportamentos promotores de saúde e prevenção e a doença, neste caso específico na prevenção de lesões não intencionais e maximização da sua saúde.

## **2- METODOLOGIA DE PROJETO**

No presente capítulo pretendemos definir a metodologia de projeto utilizada, descrevemos as suas etapas.

O projeto desenvolvido e realizado de acordo com a linha de investigação “Segurança da Criança e Qualidade de Vida” seguiu a metodologia de investigação de trabalho de projeto. Esta assenta na resolução do problema levantado, e permite a aquisição de capacidades e competências, para a elaboração e concretização de projetos em contexto real. Possibilita assim uma ligação dinâmica entre a teoria e a prática, contribuindo para o desenvolvimento específico das suas competências (Ferrito, Nunes, Ruivo, 2010).

Destacamos as diferentes fases da metodologia de projeto; Diagnóstico e definição dos objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação (Ferrito, Nunes, Ruivo, 2010).

E foi com base nestas etapas que desenvolvemos e planeamos as atividades específicas em cada contexto de estágio para a execução do nosso projeto.

Neste sentido, a primeira etapa é o diagnóstico da situação, com vista à elaboração da descrição da situação, problema identificado e sobre a qual pretendemos intervir (Ferrito, Nunes, Ruivo, 2010). Para o diagnóstico de situação do nosso projeto concretizamos uma pesquisa da literatura, com elevada evidência científica, como relatada anteriormente no enquadramento teórico. Esta fundamentou-se na temática das lesões não intencionais em crianças dos 0- 4 anos de idade, e na importância do papel dos enfermeiros na sua prevenção. Existiu também a preocupação de realizarmos um levantamento das possíveis necessidades existentes nos diferentes contextos de estágio.

Assim sendo, o diagnóstico da situação foi efetivado com sustentação em documentos oficiais da OMS, DGS, APSI, Alto Comissariado da Saúde, OE, em estudos recentes do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, e programa EVITA, bem como nas necessidades identificadas. Após análise aprofundada do enquadramento teórico, que permitiu especificar o diagnóstico de situação, surgiu a crescente preocupação da ocorrência de lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos, como um problema de saúde pública, e o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica como essencial e preponderante na capacitação dos pais e conseqüente criação de ambientes seguros.

Neste sentido, de acordo com as conclusões retiradas do enquadramento teórico e consequente diagnóstico da situação, definimos o problema de as lesões não intencionais como causa principal de morbilidade e mortalidade em crianças dos 0-4anos de idade.

No que se refere à definição dos objetivos, estes representam-se como ações a realizar, devendo ser executados de forma clara, e consoante os problemas identificados. Compreendem desde o objetivo geral ao mais específico.

O objetivo geral definido, e transversal a todos os contextos de estágios, foi:

- Contribuir para a promoção da segurança infantil, no que respeita à prevenção de lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos de idade, nos diferentes contextos de estágio, com vista à maximização da saúde.

Por sua vez, os objetivos específicos foram delineados tendo em conta os contextos específicos de estágio, bem como os conhecimentos e aptidões adquiridas ao longo do percurso formativo (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Destacamos o facto de os objetivos específicos sofreram algumas alterações, bem como as atividades desenvolvidas, resultante do confronto com a realidade dos diferentes contextos e as necessidades dos mesmos. Deste modo após conhecimento da realidade e reuniões com enfermeira chefe, orientadora e professora planeamos e desenvolvemos atividades inerentes ao projeto de intervenção. Salienciamos a existência de atividades semelhantes a todos os contextos, relacionadas com a integração nos serviços, conhecimentos de normas, políticas, e procedimentos, que permitiram a prestação de cuidados de enfermagem adequados à filosofia de cuidados.

Analogamente à fase do planeamento, esta é caracterizada pelo delinear de um plano detalhado e especificado sobre a execução do projeto, e inclui o cronograma, as atividades a desenvolver, os recursos necessários e os riscos que poderão surgir (Apêndice I- Plano Projeto Final).

Desta forma, planeamos o presente projeto tendo em consideração os objetivos específicos traçados, e desenvolvemos atividades para a sua execução.

No que concerne à fase da execução, esta refere-se à realização e concretização do que foi planeado, nas primeiras etapas da metodologia de projeto. Posteriormente os dados são trabalhados, desenvolvendo estratégias que colmatem as fragilidades e melhorem o problema edificado (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Assim sendo, durante os contextos clínicos, desenvolvemos atividades, mencionadas no capítulo seguinte, fazendo estas parte da fase de execução.

Relativamente à avaliação do projeto, esta divide-se em avaliação intermédia e avaliação final (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). A avaliação intermédia visa avaliar toda a eficiência e eficácia das intervenções realizadas até determinado momento. Destacamos os

enfermeiros orientadores, o professor orientador e os responsáveis dos diferentes serviços preponderantes no sentido de dar contributos para a optimização de estratégias (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). A avaliação final corresponde à avaliação de todo o projeto e dos aspetos que dele resultaram, ou seja, do produto do projeto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Nesta fase obtivemos resultados bastante positivos, no que concerne às formações e sessões educativas realizadas nos diferentes contextos de estágio. Salientamos o feedback favorável dos enfermeiros e as mudanças de atitude dos pais relativos a comportamentos de risco, e adoção de comportamentos seguros.

Acreditamos que a realização do projeto supracitado, e o desenvolvido das atividades nos diferentes contextos clínicos, possibilitou-nos alcançar os objetivos inicialmente delineados. A divulgação dos resultados obtidos, concretiza-se através da produção desde relatório, descrevendo todas as atividades realizadas e as fases percorridas do projeto.

### **3- ANÁLISE DO PERCURSO DE APRENDIZAGENS, ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Todo o percurso realizado nos diferentes contextos de Estágio I e Estágio Final foi imprescindível para a nossa prática, evidenciando-se o desenvolvimento de atividades inerentes a estes.

Durante a componente teórica do curso adquirimos conhecimentos, competências e aptidões fundamentais para todo o percurso desenvolvido. E em contexto de prática desenvolvemos a nossa ação através da implementação de um projeto de intervenção inserido na linha orientadora “Segurança da Criança e Qualidade de Vida”.

Neste sentido desenvolvemos atividades direcionadas para a promoção de ambientes seguros e para a promoção da maximização da saúde, e das necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem e família. E actividades inerentes ao Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, mais precisamente em contexto de internamento, urgência pediátrica e UCIN.

#### **3.1- ESTÁGIO I – SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA**

O estágio que decorreu no serviço de internamento de pediatria fez parte integrante do Estágio I, sucedido durante 6 semanas, no período de 20 de Maio a 28 de Junho do ano 2019.

A escolha do local de estágio deveu-se ao motivo de este ser um serviço de referência, e por já existir um conhecimento prévio da estrutura física do mesmo. Consideramos estes fatores facilitadores na inovas aprendizagens e implementação de atividades.

Do ponto de vista estrutural, o serviço localiza-se no sexto piso de um hospital distrital, e a população alvo de cuidados são utentes pediátricos, com idades compreendidas até aos 18 anos. As crianças/jovens internados, em situação de doença aguda ou crónica, são residentes na área de abrangência, provenientes da urgência pediátrica, unidade de neonatologia, consultas externas, bloco operatório, cirurgias de ambulatório ou transferidos de outro hospital.

Atualmente, este serviço tem uma lotação máxima de 19 crianças, distribuídas por 4 enfermarias de cuidados gerais, um quarto de isolamento, uma enfermaria de suporte ao hospital de dia e uma unidade de neonatologia.

Durante o internamento, privilegia-se o acompanhamento da criança/jovem por uma pessoa, pais/pessoa significativa ou cuidador principal durante 24 horas. O envolvimento da família é um pilar primordial para o bem-estar e evolução favorável da criança/jovem, e na colaboração da prestação de cuidados. O período das restantes visitas é das 14h às 15h e das 18h às 19h, sendo que só podem entrar três pessoas de cada vez.

Relativamente aos recursos humanos do serviço de Internamento, a equipa de enfermagem é constituída por 16 enfermeiros. Destes, destacam-se 5 enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, 1 enfermeira chefe especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, 1 enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, 1 enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, e 8 enfermeiros de cuidados gerais.

No que concerne ao rácio de enfermeiros por turno, são de três elementos no turno da manhã, dois elementos na tarde e dois elementos na noite, para um número variável de crianças/jovens.

Na restante equipa, existem ainda 4 médicos de quadro, em horário completo, e outros pediatras de equipas de prestação de serviços, 14 assistentes operacionais, 1 administrativo e 1 educadora de infância. O serviço tem ainda apoio e articulação com outros serviços, tais como farmácia, aprovisionamento, esterilização, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social, entre outros.

O método de trabalho de enfermagem utilizado baseia-se no método de trabalho individual, sendo o enfermeiro responsável por prestar todos cuidados de forma continuada a um determinado número de crianças/jovens internados.

O Sistema informático utilizado é o SClínico, e os registos de enfermagem são elaborados através deste programa informatizado. Por sua vez, a validação da administração da terapêutica é feita no programa informático CPC.

Importa referir que ainda é realizada a Classificação de Doentes, sendo esta realizada diariamente nos turnos da manhã, no Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem. Esta realiza-se tendo em conta o grau de dependência dos cuidados de enfermagem, e possibilita calcular as horas de cuidados necessários para as próximas 24 horas.

No presente serviço encontra-se também o hospital de dia, onde se prestam cuidados de saúde programados a doentes em ambulatório num período inferior a 24 horas.

O espaço físico do serviço apresenta decorações nas paredes, com figuras animadas, tornando-o acolhedor durante o período de internamento e privilegiando o bem-estar da criança/jovem e respetiva família. Existem ainda uma sala dirigida a atividades lúdicas, onde as crianças podem ir brincar e têm ao seu dispor diversos materiais educativos e didáticos.

### **3.1.1- Objetivos Específicos, Atividades Desenvolvidas e Avaliação**

Para o estágio que decorreu no serviço de internamento de pediatria apresentamos os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências específicas do EEESIP para a prestação de cuidados especializados da criança/ família em situações de doença;
- Promover a Segurança Infantil através da prevenção de lesões não intencionais em crianças, com vista à maximização de saúde.
- Desenvolver intervenções no âmbito da promoção da segurança infantil, junto da criança/ jovem e família e equipa de enfermagem, com foco na prevenção de lesões não intencionais.

Integrando o primeiro passo no delineamento dos objetivos específicos e no planeamento das diferentes atividades, tornou-se fundamental o conhecimento do funcionamento do serviço. Deste modo, nas primeiras duas semanas destacamos o processo de integração, sendo desenvolvidas atividades inerentes a este processo. Destacamos a realização de reuniões com a Enfermeira Orientadora e Enfermeira Chefe, a consulta de normas e protocolos existentes no serviço, bem como a observação e participação da prestação de cuidados enfermagem.

O presente serviço apresenta uma filosofia baseada na parceria do cuidar, privilegiando a prestação de cuidados hospitalares numa perspectiva de integração de cuidados e parceria dos mesmos, centrada na criança/jovem e família, num sentido holístico e numa dinâmica de continuidade de cuidados.

Salientamos a realização de outras atividades de modo a atingir o primeiro objetivo específico definido, sendo elas: a identificação do papel do EEESIP na equipa multidisciplinar; a observação e participação da prestação de cuidados à criança/jovem e família e a perceção da articulação entre o serviço e outros serviços de apoio à criança/jovem e família.

Durante o contexto clínico, a prestação de cuidados centrou-se nos cuidados especializados à criança/jovem e família, construindo-se uma tríade criança/jovem – família-enfermeiro. Surgindo a família como elo de referência e parceira nos cuidados prestados.

No que concerne à prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situação de doença, tivemos em reflexão todo o processo de doença, como as diferentes patologias, e sinais e sintomas, mas também todos os fatores subjacentes à hospitalização, como a parte emocional e os sentimentos que podem causar na criança/jovem e família. Neste sentido, são necessários a aplicabilidade de conhecimentos que permitam cuidar dos aspetos emocionais e sociais, utilizando essencialmente técnicas adequadas de comunicação e de relacionamento, desde o primeiro contacto com a criança/jovem, no acolhimento, devendo estender-se durante todo o internamento (Gomes, et al 2013).

A fase de acolhimento é descrita como fundamental na criação de uma relação empática e de confiança com a criança/jovem e família. Durante todo este processo foram realizadas diversas admissões, a diferentes crianças, de diferentes idades. Foram transmitidas importantes informações relativas ao serviço, tais como as normas de funcionamento, direitos e deveres dos pais/família e criança/jovem no contexto de internamento, e fornecido aos pais um guia de acolhimento existente no serviço, para consultar sempre que necessitassem.

Ao nível da prestação de cuidados, participamos ativamente nesta, ficando responsáveis pela prestação de cuidados a determinadas crianças/jovens em situação de doença crónica e aguda, resultando relevantes contributos para o nosso desenvolvimento de conhecimentos e competências. Destacamos a prestação de cuidados a RN em situação de especial complexidade, e à criança no pós-operatório

Importa realçar que todo o processo de hospitalização envolve um processo de grande angústia e medo para as crianças/jovens e pais, pois estes encontram-se fora do seu ambiente familiar e habitual, repleto de equipamentos e barulhos desconhecidos que potenciam o medo e o desconforto. E o enfermeiro EESIP apresenta um importante contributo para minimizar toda esta experiência negativa da hospitalização, diminuindo o impacto causado pela hospitalização.

Salientamos a implementação de estratégias adequadas e personalizadas a cada criança/jovem. Para as crianças mais novas, destacamos a brincadeira terapêutica e a participação em atividades na sala de brincar, como a construir jogos, desenhar, ler um livro significativo para a criança, ouvir música, ou pintar. Estas estratégias revelam-se positivas e bem-sucedidas na expressão dos sentimentos originados por procedimentos mais invasivos e dolorosos. Em relação às crianças mais velhas, aplicamos outras actividades igualmente

importantes, como ver televisão, conversar, estudar, realizar jogos, e utilizar o telemóvel ou o computador. Evidenciamos a brincadeira importante intervenção no cuidar. De acordo com Hockenberry & Wilson é através da brincadeira que a criança aprende, obtém conhecimentos sobre o seu mundo e como lidar com o ambiente (2014).

O modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey esteve também bastante patente durante todo o estágio, existindo um constante empenho em que a família participasse nos cuidados à criança. Destacamos o facto de aquando da realização de procedimentos à criança, a presença constante dos pais minimizavam expressivamente a ansiedade e transmitiam confiança nos cuidados.

Neste sentido, foram aproveitados ao máximo os momentos de diálogo com os pais para os incentivar a participar e envolver nos cuidados aos filhos, tendo como objetivo reduzir o medo destes perante o cuidar da criança, e dar-lhes confiança e segurança na prestação de cuidados, oferecendo uma maior tranquilidade.

Esta reciprocidade na prestação de cuidados tem implícitas a proteção, amor, e o estímulo, honrando a parceria de cuidados e indo ao encontro da teoria de Anne Casey.

Durante todos estes momentos de parceria e envolvimento da família, realizamos variados ensinamentos, possibilitando a aquisição e o desenvolvimento de competências no domínio da prestação de cuidados especializados, com vista à maximização da saúde da criança/jovem.

No presente serviço de internamento verificamos também que todos os profissionais estão muito centralizados e envolvidos no incentivo à amamentação, intervenção esta também tida em consideração.

A promoção da parentalidade também foi tida em linha de conta, no sentido de apoiar os pais na adoção de comportamentos promotores e integrativos da criança na unidade sócio familiar estimulando simultaneamente o papel da família na prestação de cuidados diretos à criança.

Destacamos alguns sentimentos manifestados pelos pais durante o estágio como a culpa, o medo da doença ou da morte e a impotência frente às diferentes etapas do processo de tratamento. O enfermeiro dispõe de ferramentas estratégicas para lidar com a família nessas transições através de ações preponderantes na promoção da parentalidade. De acordo com Meleis *et al*, (2000) quando ocorrem situações de transição, o enfermeiro é o cuidador principal da família e está atento às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas.

Durante o contexto clínico demonstramos empatia, disponibilidade, confiança e segurança, onde patentearam o saber escutar, e saber utilizar os diversos tipos e modos de comunicação.

No que concerne à alta e ao regresso a casa, visualizamos alguma ansiedade e inquietação dos pais, sobretudo no receio de uma alteração no estado de saúde da criança, ou pelo facto de se encontrarem distantes da instituição hospitalar. Durante todas as situações vivenciadas, realizamos intervenções no sentido que o regresso a casa fosse encarado com naturalidade e motivo de satisfação. Foram esclarecidas dúvidas e dada informação relacionada com a preparação para a alta, realizadas sessões individualizadas de educação para a saúde, como a preparação e administração de terapêutica medicada, e sinais de alerta relacionados com a patologia

No que respeita a articulação existente entre o presente serviço e outros serviços de apoio à criança/jovem e família verificamos a existência de uma articulação predominantemente intra-hospitalar, com o serviço de fisioterapia, serviço social, e cuidados de saúde primários da área de residência.

Durante o presente estágio também realizamos um trabalho escrito, com o objetivo de desenvolvimento de um estudo de caso, promovendo aprendizagens de enfermagem. Este estudo caso foi referente a um recém-nascido que ao 1º dia de vida iniciou quadro de gemido com síndrome de dificuldade respiratória, sendo transferido para um serviço central de Neonatologia. Após 5 dias regressou ao serviço de Pediatria com diagnóstico de Pneumonia Congénita, onde esteve internado até aos seus 15 dias de vida, a cumprir esquema terapêutico. Toda esta oportunidade de prestar cuidados ao RN e família em tempo duradouro e em situação de especial complexidade, foi o que motivou a seleção deste caso.

A elaboração deste trabalho possibilitou-nos a consolidação de conhecimentos sobre a temática do desenvolvimento infantil, mais especificamente do RN, da avaliação familiar, e de todos os instrumentos disponíveis para uma melhor promoção de saúde. Foi ainda igualmente importante para reforçar os conhecimentos relativos à promoção de cuidados de elevada qualidade e excelência ao RN e família.

Por fim, salientamos ainda o papel na prestação de cuidados pelo Enfermeiro EESIP, como elemento de referência na equipa multidisciplinar, existindo a partilha de experiências e saberes acerca dos cuidados, quer na vertente assistencial ou de gestão, predominando o espírito de abertura e cooperação.

No que concerne ao segundo objetivo proposto, relacionado com a promoção da segurança infantil, também desenvolvemos atividades oportunas na construção e consolidação do nosso projeto.

Verificamos a inexistência de nenhum projeto no âmbito da problemática da segurança infantil no presente serviço. E numa fase inicial pensamos direcionar todo o

projeto aos pais/cuidadores de crianças até aos 4 anos de idade, relativamente à prevenção de lesões não intencionais. No entanto não foi possível desenvolvermos a atividade inicialmente planeada, devido à escassez de população alvo.

Como tal, e após uma observação e análise cuidadas das infraestruturas e equipamentos, do seu funcionamento e dos comportamentos adotados pelos profissionais e pais, houve a necessidade de repensar no projeto. Aquando uma reunião com a enfermeira orientadora, professora orientadora e enfermeira chefe, considerámos pertinente e necessário realizar um levantamento dos riscos reais e potenciais existentes no Serviço de Internamento de Pediatria, acompanhados das respetivas propostas de resolução. Igualmente importa referir que o serviço em questão situa-se num espaço antigo com necessidade urgente de obras e remodelação, com projeto já planeado para tal.

Destacamos também a importância das reuniões prévias com os enfermeiros do elo de ligação da gestão do risco do serviço de Internamento, e da unidade hospitalar em questão, que deram parecer positivo e disponibilidade total de entre ajuda.

Deste modo, a consciencialização da Promoção da Segurança Infantil em meio hospitalar foi tida em linha de conta, onde existem características específicas ao nível da sua infraestrutura e organização. Estes podem constituir um grave risco para as crianças e jovens que ali se encontram internadas ou que ali se deslocam.

O variado leque de equipamento hospitalar, como seringas ou bombas infusoras, materiais de puericultura, berços, camas de grades, bem como a presença de produtos tóxicos, como medicamentos e desinfetantes levam a um aumento do risco de incidentes, como intoxicações, asfixia, quedas ou lesões corporais. E a vigilância e atuação têm que ser rigorosas, no que diz ao cumprimento das normas de segurança infantil conhecidas e, muitas delas, impostas pela União Europeia.

Apesar da inexistência de dados de investigação que sustentem a perigosidade do ambiente hospitalar para as crianças, o conhecimento da realidade serve de suporte a toda esta problemática. Nesta relação, a intervenção no meio permite, não só a eliminação de riscos existentes, mas também e, principalmente, a mudança de comportamentos e de atitudes dos que dele fazem parte.

Deste modo o objetivo central deste projeto foi o promover uma cultura de segurança, não só a nível organizacional, mas também e, principalmente, da sociedade envolvida. A prevenção destas situações é fundamental, no sentido que permite evitar situações de lesões não intencionais nas crianças e jovens dentro de instituições, cujo principal propósito é salvaguardar o seu bem-estar e qualidade de vida futura.

O EEESIP, reconhecido como agente de mudança, e com um papel central no levantamento e na reflexão centrados nesta problemática, demonstra consciência crítica

para os problemas da prática profissional. Neste sentido elaboramos uma instrução de trabalho intitulada “Promoção de Segurança Infantil no Serviço de Pediatria – Levantamento de Riscos e Estratégias de Resolução”. (Apêndice II) com apresentação posterior através de formação em serviço para todos os profissionais de saúde.

Realçamos o facto de este documento, além de procurar uniformizar a prática de enfermagem na área da Segurança Infantil, tem como principal intuito sensibilizar para um problema que é real e que não pode, nem deve, ser descurado, reconhecendo-o como uma co-responsabilização do mundo actual.

Procurando fundamentar todo o processo de identificação de riscos de lesões não intencionais em meio hospitalar, de forma a elaborarmos uma Instrução de Trabalho suportada em dados de investigação válidos, recorreremos a uma extensa pesquisa bibliográfica, onde se evidenciam poucos estudos sobre esta temática. No entanto, identificamos uma série de riscos para as crianças/jovens e família internadas, ao nível dos principais tipos de incidentes, resultado de infra-estruturas inadequadas, equipamentos inapropriados e, principalmente, da adopção de comportamentos de risco pelos pais e profissionais de saúde, num aparente desconhecimento da previsibilidade destes eventos e das suas graves consequências.

Destacamos alguns riscos de resolução acessível, envolvendo mudanças de comportamentos, no entanto outros implicavam a mobilização de recursos de maior complexidade, como por exemplo, a nível financeiro e organizacional.

Neste processo de resolução foram primordiais as conversas realizadas com alguns dos profissionais de enfermagem, durante as quais se procurava observar e melhorar os comportamentos adotados, numa crescente consciencialização dos riscos de incidentes, bem como de toda a colaboração dos elementos de ligação da gestão do risco. Importa referir que na maioria das vezes, estes não se apercebem de alguns dos perigos existentes no seu local de trabalho, advindo a importância de um elemento exterior que consciencialize para a necessidade de mudança.

De forma a tornar visível todo este trabalho realizado, planeamos uma sessão de formação em serviço (Apêndice III) destinada a toda a equipa do serviço de internamento de pediatria, onde apresentamos a Instrução de Trabalho proposta, recorrendo a casos exemplificativos da prática diária, procurando, simultaneamente, dar a conhecer a realidade das lesões não intencionais em crianças.

Realizamos a divulgação da sessão (Apêndice IV) que ficou exposta na sala de enfermagem, sensibilizando simultaneamente para a importância da sua presença. Após a divulgação, foi realizada a apresentação da sessão da Instrução de Trabalho (Apêndice V),

tendo esta decorrido de forma interativa e dinâmica, num espaço de partilha de experiências profissionais e de vida, de troca de ideias.

Tivemos uma forte afluência e 85% da equipa compareceu com *feedback* extremamente, positivo, facto demonstrado pelas avaliações da sessão (Apêndice VI). Em todas elas, a pertinência do tema foi avaliada como muito boa ou excelente, refletindo uma consciencialização para a problemática dos incidentes.

Esta temática tornou-se numa área de interesse a explorar, onde há pouca informação relativa aos riscos de incidentes ocorridos em ambiente hospitalar na área pediátrica, tornando uma base para futuras investigações.

Destacamos o desenvolvimento de outras atividades igualmente importantes relativos à adoção de comportamentos promotores de segurança infantil.

Deste modo, e seguindo o referencial modelo de parceria de cuidados, desenvolvemos sessões de educação para a saúde sobre a promoção da segurança infantil, fazendo parte integrante dos cuidados antecipatórios.

Tendo em conta a especificidade de cada situação, e após reunião com a Enfermeira Orientadora, realizamos sessões de educação individualizadas e dirigidas a cada criança e família em particular, direcionado às necessidades evidenciadas. Estas foram realizadas sempre na linha condutora da promoção da segurança infantil,

Assim sendo, e através da concretização das conversas individualizadas, foi nos possível identificar, a falta de consciencialização para esta problemática. O que traduz a adoção de inúmeros comportamentos de risco, não só para a criança internada mas também para a família. As sessões decorreram de forma interativa, num espaço de partilha de conhecimentos, esclarecimento de dúvidas, com oportunidade de transformação e mudança de comportamentos de risco.

Obtivemos o *feedback* favorável dos pais, bem como o reconhecimento da importância do tema da prevenção de lesões não intencionais, e da transmissão das principais medidas de segurança no sentido de protegerem os seus filhos.

No que concerne à equipa de enfermagem, evidenciamos o retorno positivo e a envolvimento em relação à importância da realização de sessões de educação aos pais sobre a promoção da Segurança Infantil.

Realizamos também durante dois dias um estágio de observação, no Serviço de Consultas Externas de Pediatria.

Existem consultas de diferentes especialidades: Pediatria Geral, Adolescência, Desenvolvimento e Consulta de Obesidade. Ao nível dos recursos humanos a equipa

multidisciplinar é constituída por diferentes médicos e por uma equipa de enfermagem de apoio às consultas externas.

O presente serviço tem como missão principal assegurar o atendimento de crianças/jovens e famílias em regime de ambulatório, de forma a garantir a qualidade, saúde e bem-estar numa perspetiva de melhoria contínua.

Neste sentido, assistimos à realização de consultas de desenvolvimento infantil, sendo estas realizadas por um médico pediatra, e uma enfermeira, que colaborava no decorrer da consulta e sempre que possível. A enfermeira fez a monitorização dos sinais vitais, monitorização do peso, altura, perímetro cefálico, e percentis. Foi também realizada a avaliação cognitiva e motora das crianças, através da escala de avaliação do desenvolvimento infantil, a escala de Mary Sheridan. Os registos foram efetuados no sistema informático SClínico e no BSIJ da criança.

Relevamos a importância da relação comunicacional como estratégia facilitadora na compreensão dos problemas da criança e família, destacando-se o diálogo como ferramenta essencial.

Consideramos a consulta de enfermagem fundamental, onde prevaleceram a transmissão de conhecimentos potenciadores de saúde, valorizando-se os cuidados antecipatórios.

Salientamos que a realização de todas estas actividades possibilitou-nos desenvolver habilidades tanto comunicacionais como relacionais, estimulantes e benéficas para a nossa aprendizagem, permitindo aprofundar diversas competências de EEESIP. Tivemos em atenção o foco de intervenção centrado na temática do projeto de estágio, conseguindo com sucesso alcançar todos os objetivos propostos.

### 3.2- ESTÁGIO FINAL – SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O estágio realizado no serviço de urgência pediátrica decorreu no período de 16 de Setembro a 11 de Outubro de 2019, e justifica-se o local, pelo interesse em conhecer uma instituição hospitalar diferente da realidade onde exercemos funções e também pela necessidade de desenvolver competências de EEESIP em contexto de urgência.

O SUP funciona num espaço próprio, exteriormente à Urgência Geral, e é constituído por uma Unidade de Internamento de Curta Duração (U.I.C.D.) com lotação de 3 camas, uma sala de triagem, um gabinete médico e de enfermagem, uma sala de espera, uma sala de sujos e duas instalações sanitárias.

A equipa de Pediatria é constituída por uma equipa de dezassete enfermeiros, maioritariamente especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, cinco assistentes operacionais, um administrativo e uma vasta equipa médica especialistas de pediatria com regime de presença física nas 24 horas. Sempre que necessário, existe apoio e articulação com outros serviços, tais como Serviço de Psicologia, Serviço Social, Ortopedia, Cirurgia Pediátrica, entre outros.

O presente serviço apresenta como principal missão, contribuir para um melhor atendimento ao utente pediátrico e sua família, e uma melhoria evidente na humanização do Serviço e do Hospital. A população alvo dos cuidados são utentes pediátricos, com idades compreendidas entre os zero e dezoito anos.

Apesar de ser um serviço provisório, por estar em obras, este encontra-se apropriado e adaptado à realidade infantil e juvenil, com as paredes decoradas e alucinadas ao contexto.

Durante o curto internamento na U.I.C.D., inferior a 24 horas, as crianças/jovens e os seus pais têm acesso a um espaço respeitável, com a possível permanência junto da criança/jovem de um dos pais ou outro familiar.

O método de trabalho utilizado no SUB baseia-se no método de trabalho em equipa, sendo a prestação de cuidados de enfermagem centrada nas crianças/jovens e família, e havendo um elemento como chefe de equipa. Assim sendo, em cada turno, os enfermeiros são distribuídos e ficam responsáveis por diferentes áreas de cuidados, ou seja na sala de triagem, sala de tratamentos, e U.I.C.D.

O primeiro contato existente no serviço de urgência pediátrica surge na sala de triagem, onde a criança/jovem é observada e avaliada pelo enfermeiro. Unicamente é autorizada a entrada de um acompanhante, e realizado a Triagem de Manchester.

A concretização da Triagem de Manchester passa pelo seguimento de procedimentos de forma sequencial e uniforme, de modo a garantir cuidados de maior qualidade. Durante a realização da mesma destacam-se variadas situações, urgentes e não urgentes. Importa assim um reconhecimento e detecção precoce destas situações, com o encaminhamento correto em tempo útil. A realização deste procedimento requiere a aplicabilidade de diferentes protocolos de atuação e a formação de pessoal que permitam a tomada de decisão clínica em contexto urgente (Despacho n.º 1057/2015 de 2 de fevereiro de 2015).

No que concerne ao encaminhamento após a triagem, este depende da gravidade, sendo atribuídas diferentes cores consoante a situação da criança ou jovem, com posterior orientação para a sala de tratamentos, médica, sala de espera ou de emergência.

Destacamos diferentes motivos de recorrência ao SUP, sendo os mais observados, febre, vômitos e diarreia, dificuldade respiratória, infecção do trato respiratório ou urinário, dor abdominal, quedas, entre outros.

### **3.2.1- Objetivos Específicos, Atividades Desenvolvidas e Avaliação**

Para o estágio que decorreu no serviço de urgência pediátrica apresentamos os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências específicas do EEESIP na prestação de cuidados especializados da criança/ família em situações de doença;
- Atuar precocemente e intervir nas crianças/jovens em situações de risco;
- Desenvolver intervenções no âmbito da promoção da segurança infantil, junto da criança/ jovem e família com foco na prevenção de lesões não intencionais.

No decorrer do estágio colaboramos na prestação de cuidados de enfermagem, na triagem das crianças/jovens, realizada segundo o Sistema de Triagem de Manchester. Este registo procede-se em programa informático próprio, ALERT.

A compreensão da dinâmica e funcionalidade do serviço foi praticada, no sentido de prestar cuidados segundo as normas e protocolos existentes. Destacamos a existência de alguns protocolos de atuação no presente serviço, tais como em situações de hipertermia a administração de antipiréticos, de dor ou desconforto a administração de analgésicos, ou a reidratação oral, nas situações de vômitos.

Salientamos o momento da triagem, como momento oportuno de desenvolvermos ações promotoras de saúde. Neste sentido, transmitimos orientações sobre sinais de alarme, intervenções importantes a realizar em casa antes de recorrer á urgência para futuras situações semelhantes.

No que concerne ao primeiro objetivo específico proposto - Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situação de doença, propusemos a realização de diferentes actividades, tais como: Prestação de cuidados especializados à criança/jovem em situação de urgência; Desenvolvimento de conhecimentos relacionados com a Triagem de Manchester em Pediatria; Reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte em Pediatria; Práxis clinica especializada baseada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; e administração de terapêutica de forma segura de acordo com os protocolos ou prescrições.

Neste sentido otimizamos a nossa intervenção na procura do maior número de oportunidades e experiências possíveis de aprendizagens, durante estas quatro semanas. Sentimos a necessidade de mobilizar os diversos tipos de saberes recorrendo a uma pesquisa bibliográfica dirigida para adequar os cuidados à realidade.

Salientamos também a atuação nas diferentes situações, envolvendo a criança/jovem e família, num constante aperfeiçoamento de competências na área da avaliação da criança durante a triagem, através da observação e colheita de dados, e na área da execução de procedimentos e técnicas, na sala de tratamento e UICD.

Participamos também na manutenção e verificação do carro de emergência, e de todo o material acondicionado nos armários das salas. O carro de emergência dispõe de um vasto material necessário para atuação dos urgente dos profissionais, sendo importante estar operacional e ser testado regularmente. Experiência esta enriquecedora e vivenciada positivamente.

Destacamos a hospitalização como fonte geradora de stress, representando uma mudança no estado de saúde habitual e da própria rotina familiar, e desenvolvemos sempre as nossas acções no sentido de minimizarmos ao máximo a separação da criança e dos pais, envolvendo-os sempre que possível na participação dos cuidados e otimizando a adesão ao regime terapêutico. Exemplo disso foi a colaboração dos pais na colheita de sangue para análise, ou simplesmente na administração de determinado fármaco.

A comunicação ajustada à faixa etária e ao contexto social e cultural da criança e família, foi também um aspeto que tivemos em conta durante o presente estágio, assim como as estratégias não farmacológicas e farmacológicas para o alívio da dor.

Os desenhos presentes nas paredes, a imaginação guiada, e a visualização de vídeos interactivos no telefone dos pais, foram as estratégias não farmacológicas mais utilizadas para alívio da dor e da ansiedade durante os procedimentos.

Foram também desenvolvidas intervenções de forma a promover uma boa relação terapêutica com a criança/jovem e família, demonstrando disponibilidade e empatia.

Aquando as crianças necessitam de internamento (UICD), é possível a realização de intervenções mais pormenorizadas e aprofundadas, tais como a transmissão de conhecimentos fora do âmbito do contexto de doença. Exemplo disso foram os ensinamentos realizados relativos à amamentação, à introdução alimentação e oportunamente à prevenção de lesões não intencionais. Realizamos ainda ensinamentos de acordo com as necessidades identificadas, esclarecendo dúvidas e receios.

No que se refere ao nosso projeto de intervenção e no sentido de darmos respostas aos objetivos anteriormente citados, concretizamos uma reunião com a chefia do serviço e

com a enfermeira orientadora, para perceber qual a dimensão do problema e as necessidades existentes no serviço.

E rapidamente compreendemos a existência de um estudo recente, com base nos registos dos episódios de triagem relativos às lesões não intencionais, desenvolvido também por uma aluna mestranda. Este estudo, objetivou compreender a realidade das lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos no presente serviço durante o ano de 2017.

Constatamos então que a realidade em relação à ocorrência de lesões não intencionais é alarmante e que recorreram 684 crianças até aos 4 anos, vítimas de lesões não intencionais, correspondendo a 7% do total de admissões ao SUP. As quedas são descritas como o mecanismo de lesão mais prevalente, destacando-se as quedas da própria altura a partir do 1º ano de vida (Tibério, L., 2019).

Neste sentido, e após identificarmos a necessidade de intervir no foco das quedas, e darmos continuidade ao estudo realizado, desenvolvemos um folheto informativo sobre algumas medidas preventivas e educacionais em relação às quedas intitulado “Prevenir também é Cuidar”. (Apêndice nºVII). Este documento destina-se aos pais/ prestadores de cuidados, de crianças, e está subdividido em cuidados preventivos relativos às quedas até aos 12 meses e do 1-3 anos, visto que o mecanismo da queda é diferente. De realçar que não existia nenhum material informativo neste sentido, o que teve parecer bastante positivo da chefia e da enfermeira orientadora.

Igualmente, importa mencionar que durante todo o estágio tivemos uma forte afluência de crianças vítimas de lesões não intencionais, sendo estas muitas vezes evitáveis. Detentoras de conhecimentos profundos nesta área, tivemos a oportunidade de transmitir medidas preventivas no sentido de evitar situações similares.

A observação de comportamentos de risco por parte das crianças ou pais durante a triagem ou no internamento no UICD, constituiu igualmente, um pretexto para a implementação destas mesmas estratégias educativas. Exemplo disso é o facto de trazerem a criança sem o arnês colocado no ovo ou cadeirinha.

Foram também desenvolvidas outras actividades no sentido do nosso projeto, tais como a colocação de informações fulcrais relacionadas com a promoção da segurança durante o internamento, direccionadas às crianças/jovens e pais/familiares da U.I.C.D. em sítios estratégicos (Apêndice nºVIII).

Todo o material elaborado foi apresentado à equipa de enfermagem, tendo sido fortemente aceite e reconhecida a importância da transmissão de ensinamentos relativos à prevenção de lesões não intencionais.

Todas estas experiências e atividades construíram um percurso afirmativo, e que culmina com a concretização dos objetivos propostos, emergindo competências especializadas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

### 3.3- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS (UCIN)

O estágio efetivado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, decorreu no período de 14 de outubro a 8 novembro de 2019, numa Instituição Hospitalar Pública, central e de referência. Esta apresenta como a principal função, a prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados aos RN pré-termo e de termo até aos 28 dias de vida.

Em 2007 a presente unidade integrou a rede Europeia de Neonatologia, e em 2015 foi certificada pela DGS e pelo Programa Nacional de Acreditação em Saúde (PNAS). Deste modo, a unidade supracitada tem como vertente orientadora a prestação de cuidados de saúde de qualidade e de segurança, com base em evidências científicas e sustentados em elevados padrões de qualidade. (DGS, 2014).

Em termos físicos, a Unidade localiza-se junto da sala de partos e com ligação a esta para facilitar a atuação e transporte dos RN com necessidades de cuidados imediatos e diferenciados. Esta unidade é ainda constituída por diferentes salas de prestação de cuidados. A sala A destinada à prestação de cuidados Intensivos, composta por 3 incubadoras; a Sala B de prestação de Cuidados Intermédios, com estão 5 incubadoras; e na Sala C encontram-se 4 berços para prestação de Cuidados Mínimos e cuidados pré alta. Compõe a infraestrutura outros gabinetes, nomeadamente de enfermagem, de preparação e armazenamento de terapêutica, gabinete médico e o cantinho da amamentação.

No gabinete de enfermagem existe uma central de monitorização, que transmite o estado clínico e parâmetros vitais dos RN internados, possibilitando uma vigilância ativa e permanente.

Relativamente aos pais, estes podem manter-se junto dos RN no período diurno, a partir das 9h. No período noturno existe a possibilidade de dormirem em quartos próprios e criados para o efeito.

No que concerne aos recursos humanos esta é constituída por 22 enfermeiros, por uma equipa de médicos pediatras especializados em neonatologia, assistentes operacionais e uma funcionária administrativa. Por sua vez, a equipa de enfermagem é constituída maioritariamente por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

O método de trabalho de enfermagem na presente unidade segue o método de trabalho individual, sendo os cuidados prestados com base no modelo NIDCAP - Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido. Os registos são realizados em suporte de papel no processo clínico do RN.

### **3.3.1. Objetivos específicos, atividades desenvolvidas e avaliação**

Tendo em conta o contexto de cuidados onde decorreu o estágio e os objetivos gerais definidos, definimos os seguintes objetivos específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN internado e família internado na UCIN
- Capacitar os pais na adoção de medidas potenciadoras de saúde, face à situação do RN;
- Desenvolver intervenções no âmbito da promoção da segurança infantil, direcionadas ao RN e família.

Igualmente, como nos contextos anteriores durante as primeiras duas semanas de estágio desenvolvemos o processo de integração, sendo imprescindível conhecer o contexto para desenvolver competências na prestação de cuidados especializados. Neste sentido, planeamos o desenvolvimento das seguintes atividades: Conhecimento das instalações, e equipa multidisciplinar; Perceção do modo de funcionamento da unidade; e Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem.

Durante as semanas seguintes realizamos outras atividades relevantes que permitiram concretizar os objetivos definidos, tais como, a Identificação do papel do EEESIP, na equipa multidisciplinar; A observação e prestação de cuidados diretos ao RN em situação de doença; A promoção da vinculação do RN e pais através do envolvimento destes na prestação de cuidados; A promoção da amamentação; e a Realização de sessões de educação para a saúde aos pais e envolvimento dos mesmos na prestação de cuidados ao RN.

No que concerne à prestação de cuidados pelo Enfermeiro Especialista foi visível que o EEESIP funciona como um elemento de referência para toda a equipa e para os pais dos RN, quer na vertente assistencial de prestação de cuidados, quer na vertente de gestão. Destacamos o surgimento de situações que necessitavam de resolução imediata, não só relacionadas com caso clínicos, mas também relacionadas com aspetos ligados à gestão do

serviço, tais como a verificação diária do funcionamento dos ventiladores, ou a temperatura das salas da unidade em questão.

Durante o internamento do RN na presente unidade, presenciamos situações geradoras de stress, principalmente para os pais que idealizam o nascimento do seu filho como um processo natural e sem complicações associadas. Neste sentido atuamos de forma disponível e empática, ajudando os pais neste novo processo de adaptação à nova realidade. Destacamos o enfermeiro como pilar fundamental na promoção de uma parentalidade eficaz, e na partilha de saberes e aptidões, capacitando os pais e envolvendo-os na colaboração da prestação dos cuidados ao seu filho.

Novamente, utilizamos o referencial modelo de parceria de cuidados de Anne Casey na nossa prática de cuidados, existindo uma parceria de cuidados entre o enfermeiro e os pais, sendo estes últimos agentes privilegiados na promoção e realização das necessidades aos seus filhos.

No que se refere à prestação de cuidados diretos ao RN em situação de doença e de especial complexidade, tivemos a necessidade de investir e mobilizar conhecimentos para uma adequada prestação de cuidados, dirigida à exigente realidade. Destacamos as características minuciosas dos RN, as suas patologias e cuidados específicos, bem como a área da prematuridade como áreas de investimento importantes na neonatologia.

Salientamos igualmente a oportunidade de observar e manusear a ventilação mecânica não invasiva de pressão positiva em RN, experiência enriquecedora na nossa prática, bem como o seu funcionamento, e cuidados a ter na sua utilização.

Durante a realização de um procedimento doloroso no RN desenvolvemos sempre intervenções não farmacológicas no controlo e alívio de dor, utilizando para tal, variadas estratégias como a sucção não nutritiva, através da chupeta, a administração oral de soluções açucaradas, ou o contacto pele a pele.

A promoção de um ambiente calmo e tranquilo também foi algo de preocupação na nossa prática clínica. Privilegiamos os cuidados de enfermagem ao RN, livre de ruídos ou luzes intensas, planeando os cuidados a estes de forma agrupada, e respeitando o sono e repouso.

Salientamos que também promovemos a amamentação, tendo a unidade um espaço próprio, onde as mães podiam extrair leite.

Relativamente à articulação existente entre a unidade e outros serviços, destacamos uma constante articulação com o serviço de fisioterapia, consultas externas, ou serviço de internamento da mesma instituição, e uma articulação externa principalmente com os cuidados de saúde primários.

Destacamos também a realização de sessões de educações promotoras de um desenvolvimento saudável do RN, e esclarecemos dúvidas dos pais/família, sendo-nos também possível desenvolver competências a este nível.

No que concerne à temática do nosso projeto de estágio, e com foco nas atividades a realizar neste domínio, tentámos perceber se existia algum projeto ou necessidade ao nível do serviço relacionado com a segurança infantil. E após reunião com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora, identificamos que no domínio da prevenção de lesões não intencionais existiam alguns projetos relacionado com a alta segura, bem como a existência de um guia de alta com a transmissão de informação promotora de um ambiente seguro.

Assim sendo, direcionamos o desenvolvimento de intervenções no âmbito da promoção da segurança infantil, aos pais através transmissão e validação de conhecimentos relativos ao pleno e saudável desenvolvimento do RN. A capacitação destes, foi realizada através de sessões de educação para a saúde de forma individualizada, com foco na prevenção de lesões não intencionais do RN, dando ênfase à identificação de potenciais riscos existentes no domicílio.

Seguimos também a orientação do guia de alta, onde o ambiente seguro está em grande destaque, preparando os pais para este momento. O transporte seguro do RN também foi ênfase da nossa preocupação, transmitindo conhecimentos promotores inerentes ao transporte seguro do RN.

Foram também tidos em conta algumas medidas e cuidados gerais relativos aos cuidados no domicílio, promotores de ambientes seguros. Destacamos a temperatura, o ambiente que envolve o RN, as visitas em casa, a importância da vigilância e manutenção do estado de saúde, e alguns sinais de alerta. As principais lesões não intencionais que ocorrem nesta faixa etária, bem como a sua prevenção e a forma como agir, também foram alvo da nossa preocupação.

Identificamos também ser oportuno a elaboração de um póster no âmbito da promoção de um ambiente seguro durante o internamento no serviço de UCIN direccionado aos avós, envolvendo-os no cuidado ao RN, e participando ativamente no seu desenvolvimento saudável (Apêndice nºIX). Estes podem visitar o RN entre as 16.00h e as 17.00h, um de cada vez, durante 5 minutos. Aguarda-se a sua aprovação para colocação do póster na sala de espera do serviço em questão.

Acreditamos ter alcançado os objetivos específicos propostos para este contexto de estágio, bem como o desenvolvimento e aquisição de competências, que são patenteadas e alvo de reflexão no capítulo seguinte.

### 3.4- UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR (USF)

O estágio que decorreu na Unidade de Saúde Familiar fez parte integrante do estágio final, e foi realizado em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), durante 8 semanas, no período de 11 de Novembro de 2019 a 17 de Janeiro do ano 2020.

Os cuidados de saúde primários são reconhecidos como o primeiro acesso aos cuidados de saúde, e tem relevantes contributos na promoção de saúde, prevenção de doença, prestação de cuidados na doença continuidade de cuidados (Decreto-lei 28/2008).

O presente estágio foi realizado numa Unidade de Saúde Familiar, cuja missão é a prestação de cuidados de saúde personalizados, globais, acessíveis e equitativos à população inscrita nesta unidade.

A escolha do local de estágio deveu-se ao facto de ser um serviço de proximidade com o local onde exercemos funções, e pela elevada percentagem de população infanto juvenil. Consideramos estes fatores facilitadores na integração e implementação do nosso projeto.

A presente unidade é constituída por uma equipa multiprofissional, que integra 5 médicos com especialidade em medicina geral e familiar, 5 enfermeiros, entre os quais 1 enfermeiro EESIP, 2 enfermeiros EEC e 2 enfermeiros de cuidados gerais. Integram a equipa ainda, secretários clínicos, existindo uma articulação constante entre as equipas da USF e as equipas da UCC e equipa da URAP.

Os cuidados de enfermagem prestados são concretizados de acordo com metodologia de enfermeiro de família, desempenhando este a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade de uma forma holística.

Na área infanto-juvenil os CSP assumem importantes aplicabilidades seguindo as orientações do Programa Nacional de saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), estabelecendo o EEESIP uma parceria com a criança/jovem e família na maximização da sua saúde.

Os registos de enfermagem são efetuados no sistema informatizado SClinico, e utilizada a linguagem para a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), bem como no Boletim Individual de Saúde.

A presente unidade dispõe de vários gabinetes para realização de consultas e prestação de cuidados, com o ambiente e mobiliário adequado ao contexto, uma sala de tratamentos, uma sala de vacinação e outra de visitação domiciliária.

As consultas de enfermagem de saúde infantil são realizadas sempre no mesmo gabinete, com um ambiente preparado e adaptado à criança, com uma sala de espera própria, possibilitando um circuito de atendimento individualizado dos adultos.

### **3.4.1- Objetivos Específicos, Atividades Desenvolvidas e Avaliação**

Tendo em conta o contexto de cuidados de saúde primários onde decorreu o estágio e os objetivos gerais definidos, foram delimitados os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências específicas de EEESIP ao nível dos cuidados de saúde primários integrados no programa de saúde infantil e juvenil.
- Desenvolver intervenções relativas à promoção da segurança infantil, ao nível dos cuidados de saúde primários, com foco na prevenção de lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos em ambiente doméstico.
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a utilização de estratégias conducentes à prevenção de lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos de idade.

Deste modo, para adquirirmos o primeiro objetivo específico planeamos e implementamos as seguintes atividades: Conhecimento das instalações, equipa multidisciplinar, funcionamento, normas e protocolos existentes; Identificação do papel do EEESIP na equipa multidisciplinar; Prestação de cuidados de enfermagem EEESIP; e Perceção da articulação entre a USF e outros serviços de apoio à criança/jovem e família;

Salientamos o EEESIP no contexto de cuidados de saúde primários como um elemento de referência para crianças/jovens e pais, sendo visível ao longo das oito semanas de estágio a relação de proximidade e de confiança existente entre o enfermeiro e os pais/família e criança/jovem. Observamos que frequentemente os pais ou família procuravam o enfermeiro EEESIP para os ajudar na resolução de problemas e tomada de decisão, não só relacionados com a criança mas também com problemas existentes no próprio seio familiar.

Na presente Unidade as consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil eram somente realizadas pelo EEESIP, adquirindo este funções vitais na transmissão de conhecimentos potenciadores de saúde, bem como no desenvolvimento de intervenções relativas ao desenvolvimento e crescimento da criança e jovem.

No seio da equipa multidisciplinar, e no presente contexto, a EEESIP era também responsável pela coordenação e gestão de toda a USF, factor favorável á aquisição de novas aprendizagens.

As consultas de saúde infantil e juvenil são concretizadas duas vezes por semana, sendo estas realizadas previamente às consultas médicas e existindo uma articulação e complementaridade entre ambas.

Neste sentido, desenvolvemos as intervenções de enfermagem baseadas nas orientações do PNSIJ, tais como na avaliação e registo de parâmetros, como a monitorização do peso, comprimento, índice de Massa Corporal (IMC)/percentil, perímetro cefálico (PC); Avaliação da dentição, visão, e audição; Avaliação do Programa Nacional de Vacinação; Realização exame físico; avaliação do desenvolvimento, relação emocional/comportamentos; E Avaliação de risco de maus tratos e segurança do ambiente.

Estas intervenções foram essenciais para uma melhor organização da consulta, de acordo com a idade chave de cada criança. Destacamos ainda a importância dos cuidados antecipatórios durante a realização da consulta de enfermagem, com vista à promoção de um desenvolvimento saudável e harmonioso.

Mencionamos ainda, a articulação existente no que se refere ao encaminhamento da criança e jovem para consultas específicas, como consultas de desenvolvimento, consultas do adolescente, e consulta de obesidade. Observamos ainda, a comunicação e trabalho em equipa entre o Enfermeiro EESIP e outros profissionais, como a Psicóloga e Assistente Social.

Durante as consultas de saúde infantil e juvenil, planeamos ações no sentido de uma avaliação do desenvolvimento motor, emocional, social e cognitivo da criança ao longo do seu ciclo vital, de forma a darmos respostas às suas necessidades específicas. Esta avaliação possibilitou-nos adquirir e aperfeiçoar a capacidade de observação crítica da criança/jovem e família.

Salientamos a aplicabilidade da escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan, integrada no programa informático SClinico utilizado, e permite um melhor conhecimento dos parâmetros normais do desenvolvimento e dos seus amplos limites. Esta é utilizada do 1º mês- 12 meses e dos 18 meses aos 5 anos. Valorizamos também todas as ações para a deteção de sinais de alarme, também descritos no PNSIJ consoante cada idade chave.

A comunicação com a criança/jovem e família também foi sempre um foco ao qual prestámos atenção de forma a adequar a linguagem, e as restantes estratégias para transmitir todas as informações necessárias, de acordo com o estágio de desenvolvimento e os aspetos culturais.

Associado a estas consultas de saúde infantil participamos ativamente no Programa Nacional de Vacinação (PNV). Este dá resposta ao direito fundamental de acesso à vacinação, com elevados padrões de qualidade, adaptado à realidade portuguesa e

continuamente atualizado e fundamentado na evidência científica (DGS, 2016), promovendo a proteção individual e uma mais-valia para a saúde pública.

Surgiram bastantes oportunidades de vacinação e concomitantemente de divulgarmos junto da família a importância destas como medida eficaz na prevenção e controle de doenças infetocontagiosas.

Além disso o envolvimento no processo permitiu consolidar conhecimentos mais aprofundados relativos às novas vacinas, como a vacina meningocócica conjugada utilizada frequentemente nesta USF.

Salientamos também que abordamos sempre com os pais ou família as suas dúvidas sobre os tipos de vacinas, esquema cronológico, precauções, locais e vias de administração, e possíveis reações pós-vacinais. As questões com as reações pós-vacinais e o seu impacto na rotina familiar foram as dúvidas mais frequentes manifestadas pelos pais.

Mencionamos ainda o desenvolvimento da capacidade de gestão, referentes ao armazenamento e respetivos pedidos para a farmácia em conjunto com a enfermeira orientadora.

Apesar de desenvolvermos esta atividade na nossa prática diária, sentimos necessidade de aprofundar e atualizar conhecimentos relativos ao PNV. Neste sentido participamos no 3º Curso Básico de Vacinas, designado “Conhecimentos para Compreender a Utilização das Vacinas e responder às questões dos Pais e dos Adolescentes”. (ANEXO II)

Este curso foi realizado dia 11 de Dezembro de 2019, em Coimbra, organizado pela Associação de Saúde Infantil de Coimbra. E os temas centrais foram o Funcionamento das Vacinas; Composição e Tipos, como são Licenciadas, Reações adversas e Contra-indicações; Perguntas frequentes sobre Vacinas; Vacina do Sarampo: como chegamos aqui e o que esperar do futuro; Vacinas contra a Meningococo B e ACWY; Vacina contra a Gripe, Vacina contra a Varicela; Vacina contra Rotavírus e Vacina contra HPV para rapazes.

O curso foi bastante produtivo e útil para a nossa prática diária, uma vez que nos permitiu atualizar muitos conhecimentos de elevada evidência científica. A envolvimento dos enfermeiros nesta área é de extrema importância contribuindo para a redução e erradicação de muitas doenças infecciosas, salvando mais vidas e prevenindo mais casos de doença do que qualquer tratamento médico e de uma forma mais económica.

Segundo a OE (2010), os elevados valores percentuais de crianças vacinadas são uma realidade atual, devendo-se este facto ao excelente trabalho desenvolvido pelos enfermeiros.

Destacamos outra atividade igualmente importante, a realização do rastreio neonatal, com a execução do diagnóstico precoce. Este deve ser realizado se possível a partir do 3º

até ao 6º dia de vida do recém-nascido. Na USF são recebidas a notificação com os dados do RN e mãe, através da notícia de nascimento. Seguidamente, era efetuado um agendamento para a realização do teste e da primeira consulta de enfermagem. Este contato era realizado pela EEESIP na maioria das vezes, sendo aqui notório mais uma vez o seu papel relevante na gestão dos cuidados e de elo ligação com a família.

Aos pais durante a realização do rastreio neonatal era explicado todo o procedimento e a importância da sua realização, bem como explicado como podiam aceder ao resultado, disponibilizando toda a informação inerente a este procedimento.

Realçamos a importância, que durante os procedimentos dolorosos, como a vacinação e a realização do rastreio neonatal, utilizamos estratégias não farmacológicas e farmacológicas no controlo da dor. Assim sendo, foram transmitidas informações sobre os procedimentos que se planeavam realizar e implementadas as estratégias no controlo da dor, tais como a amamentação, distração com a utilização de vídeos e histórias, e a administração de glicose a 30% (no primeiro ano de vida).

Consideramos a relevância da criação e manutenção de um ambiente seguro e terapêutico durante as consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil, através de uma comunicação efetiva, e um estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança. Neste sentido, torna-se mais uma vez evidente a importância do modelo de parceria de cuidados de Anne Casey onde os pais são considerados os agentes privilegiados no cuidado à criança, servindo de modelos para as mesmas.

A nossa intervenção neste sentido foi de os envolver e consciencializar, com comportamentos saudáveis, adotando comportamento para servir de exemplo. Tal como hábitos alimentares saudáveis, prática de exercício físico, manutenção um ambiente seguro. Deste modo, durante as consultas incentivamos à adoção de comportamentos promotores de saúde, sendo utilizada como estratégia a educação para a saúde. Os ensinamentos realizados foram individualizados, de acordo com a faixa etária da criança/jovem e necessidades especiais dos mesmos e respetiva família.

No que se refere ao segundo objetivo específico definido anteriormente, desenvolver intervenções relativas à promoção da segurança infantil, ao nível dos cuidados de saúde primários, com foco na prevenção de lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos também planeamos e desenvolvemos atividades.

Importa realçar que a prevenção de acidentes, é uma intervenção relativa ao PNSIJ, indo ao encontro do segundo objetivo específico.

Tendo em conta que o Estágio Final coincidiu com o ensino clínico mais longo em termos temporais, e que o EEESIP tem uma notável intervenção nesta problemática da prevenção das lesões não intencionais, recorreremos à aplicação de questionários aos

pais/cuidadores no sentido de avaliar os seus conhecimentos e comportamentos relativos às estratégias utilizadas na prevenção de lesões não intencionais em ambiente doméstico.

Tendo por base o exposto delineamos as seguintes questões que nortearam esta investigação: Quais os comportamentos dos pais face à prevenção de lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos de idade em ambiente doméstico? E qual a lesão não intencional que ocorre mais no domicílio?

Para avançar com o projeto de intervenção foi solicitada permissão, junto das entidades pertencentes ao conselho de administração da instituição onde o contexto de estágio em cuidados de saúde primários estava inserido. Foi elaborado um documento (Anexo I) para o efeito onde foi explicado o âmbito da realização do projeto, os objetivos, os participantes, os recursos a mobilizar assim como as garantias éticas e deontológicas inerentes a trabalhos de investigação e os nossos contactos. Após o parecer positivo do Conselho de Administração recebemos um documento do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento do Hospital que confirmou a autorização para se avançar com o estudo. O projeto foi igualmente submetido aos Serviços Académicos do Instituto Politécnico de Portalegre e à sua comissão de ética que deu aprovação.

A população alvo selecionada para o estudo e recolha de informação foi os pais ou familiares das crianças até aos 4 anos de idade que participaram na consulta de enfermagem no período de 11 de Novembro de 2019 até 17 de Janeiro de 2020 no contexto de USF

Os questionários aplicados à população em estudo são de carácter misto, com perguntas fechadas e uma aberta com o respetivo consentimento informado (Apêndice X).

As questões fechadas foram formuladas numa lista pré-estabelecida e dentro destas foram apresentadas 35 questões dicotómicas de resposta única. No final do questionário foi ainda colocado uma questão de carácter aberta.

Desta forma o questionário foi estruturado em duas partes. A primeira relacionada com a segurança do domicílio, que identifica os principais comportamentos de riscos que possam existir, e a segunda parte na identificação de qual o principal risco no domicílio, bem como a lesão intencional mais frequente.

Os questionários foram entregues em suporte papel após as consultas de enfermagem aos pais ou cuidadores principais, e foram aplicados 30 questionários.

O questionário elaborado foi sujeito a uma apreciação inicial da professora e da enfermeira orientadora e foi executado e desenvolvido após a revisão da literatura e a partir de experiências de alguns autores em pesquisas relacionadas com a perceção da prevenção de lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos de idade, em ambiente doméstico.

Este trata-se de um instrumento a ser preenchido de forma rápida e o mais sincera possível e com o mínimo de interferência e influência externa. Para além disso, o questionário não necessita muitos recursos humanos nem financeiros, quer na sua distribuição, quer no seu preenchimento e recolha.

Na tabela nº1 apresentamos os resultados dos questionários e, ao analisá-los, foi facilmente perceptível percebermos que os pais apresentam comportamentos promotores e riscos bastante patentes que comprometem a segurança.

Tabela nº1 - Resultados da 1ª parte dos Questionários

	Sim	Não	NA
<b>Estratégias utilizadas pelos pais/cuidadores principais</b>			
A proteção da varanda é adequada	20	2	8
Existência de objetos que sirvam de degrau perto das janelas ou varandas	1	29	0
Limitadores de aberturas nas janelas	22	8	0
Fios de estores ao alcance das crianças	0	30	0
Cancelas no primeiro e último degrau	8	20	2
Corrimão nas escadas	28	0	2
Chão escorregadio	2	28	0
Tapetes fixos	26	4	0
Escadas bem iluminadas	28	0	2
Fios elétricos enrolados e atados	27	3	0
Extensões protegidas e fora do alcance das crianças	26	4	0
Tomadas com alvéolos de proteção	24	6	0
Aquecedores ou lareiras protegidos e inacessíveis	18	12	0
Medicamentos guardados em locais altos e fechados	26	4	0

	28	2	0
Brinquedos ou objetos pequenos guardados fora do alcance das crianças			
Portas com protetores para prevenir entalões	24	6	0
Espreguiçadeiras colocadas em cima de mesas ou sofás	1	25	4
Utilização de andarilhos	26	4	0
Cintos internos da espreguiçadeira ou cadeiras sempre colocados	26	4	0
Cadeira alta de comer estável e encostada à parede	24	6	0
Produtos de limpeza em locais altos e fechados	20	10	0
Armários com objectos cortantes com fecho ou limitadores de abertura	22	8	0
Gavetas pesadas com travões	20	2	8
Utilização dos bicos de trás do fogão e com pegas dos tachos viradas para trás	14	16	0
Utilização de toalhas curtas ou individuais em vez de toalha grande de mesa	29	1	0
Secadores, aquecedores, ferro de engomar, outros fora do alcance das crianças	30	0	0
Porta da máquina de lavar loiça e lavar/secar roupa fechadas	30	0	0
A banheira encontra-se sempre vazia, quando não está a ser utilizada?	30	0	0
Produtos necessários para o banho da criança ao alcance do adulto	30	0	0
No banho, o adulto coloca 1º a água fria e só depois a água quente	13	17	0
A cama de grades têm aberturas < 6cm e altura mínima de 60cm	28	2	0
Ausência de almofadas, peluches, brinquedos, laços ou fitas na cama da criança	5	25	0
Criança deitada com os pés encostados ao fundo da cama e a roupa até aos ombros	30	0	0
Brinquedos arrumados adequadamente e não espalhados	28	2	0
Ausência de proteções nas esquinas de móveis	26	4	0

Destacamos as escadas sem cancelas no primeiro e último degrau, a utilização de andarilhos, a utilização de almofadas, peluches, brinquedos, laços ou fitas na cama da criança, e a ausência de protecções de esquinas de móveis foram os principais comportamentos potenciadores de riscos demonstrados pelos pais.

Concomitantemente, verificamos uma percentagem elevada na protecção adequada das varandas e janelas, com limitadores de abertura. Os pais também referem comportamentos adequados em relação aos fios eléctricos, tomadas com alvéolos de protecção e fios eléctricos enrolados e bem atados, protegendo os seus filhos do perigo.

No que se refere às queimaduras, existem alguns comportamentos potenciadores de lesões, tais como a não utilização dos bicos de trás do fogão, com as pegas das frigideiras voltadas para trás, os aquecedores ou lareiras acessíveis a crianças, bem como a colocação primeiro da água quente e só depois da água fria.

No que concerne à colocação das espreguiçadeiras a maioria da amostra afirma que não as colocam em cima da mesa ou sofás. No entanto durante a consulta de enfermagem de saúde infantil podemos visualizar a colocação do sistema de retenção do bebé em cima da marquesa ou mesmo de cadeiras. Risco esse, logo abordado com alguma necessidade, no sentido de evidenciar os perigos existentes de queda. Observamos frequentemente os cintos internos dos carrinhos de passeio colocados incorrectamente, ou ausentes, sendo o momento crucial para referirmos o risco existente.

Apuramos também que a maioria da amostra admite que guarda os detergentes e medicamentos em locais inacessíveis às crianças, tal como objetos pequenos ou materiais pontiagudos.

Relativamente à última questão do questionário, esta reporta-se à ocorrência ou não de alguma lesão não intencional, à qual dos 30 participantes: 22 responderam sim, e 8 não:

Tabela nº 2 – Resposta à 2ª parte do questionário

Ocorrência de lesão não intencional	
Sim	22
Não	8

Deste modo, verificamos uma percentagem significativa na ocorrência de lesões não intencionais em crianças no domicílio. E destacamos a queda como a mais prevalente, seguida do corte e queimaduras, o que é coerente com a literatura.

Tabela nº3 – Tipo de lesão ocorrida

Tipo de lesão	
Quedas	18
Corte	3
Queimaduras	1
Afogamento	0
Asfixia	0
Intoxicação	0

Em síntese, podemos afirmar que os pais apresentam um comportamento preventivo pouco adequado em relação à lesão não intencional provocado através da Queda. Tais como a não utilização de cancelas no primeiro e último degrau, a utilização de andarilhos e a presença de almofadas, peluches, ou brinquedos na cama da criança.

De igual modo, a maior parte dos pais refere ter aquecedores ou lareiras não protegidas e de fácil acesso à criança, bem como a colocação de água quente primeiro e só depois fria, quando prepara o banho da criança. Atitudes que potenciam a ocorrência de queimaduras.

Relativamente às lesões não intencionais provocadas pela asfixia, estrangulamento ou intoxicações, os pais maioritariamente referem cuidados preventivos adequados. Assim como a inexistência de fios de estores ao alcance das crianças, brinquedos ou objetos pequenos guardados corretamente e o bebé deitado com os pés encostados ao fundo da cama de grades e com a roupa até aos ombros. Os medicamentos e os produtos de limpeza são também guardados em locais altos e fechados. Comportamentos estes, promotores de um ambiente seguro no domicílio.

Salientamos então, que os comportamentos dos pais face à prevenção de lesões não intencionais são na globalidade adequados, existindo concomitantemente alguns comportamentos preventivos menos adequados e potenciadores de lesão.

Destacam-se a utilização de andarilhos, a ausência de protecções nas esquinas dos móveis, a ausência de cancelas no primeiro e último degrau e a ausência de protecções nos aquecedores ou lareiras.

Igualmente, a ocorrência de lesões não intencionais também foi significativa, sendo as quedas as mais evidenciadas. Facto semelhante aos vários estudos descritos sobre a temática das lesões não intencionais.

Portanto, existe a necessidade de continuar a preparar e educar os pais para desenvolverem estratégias e medidas de prevenção adequadas para que as crianças, desde que nascem, estejam seguras no ambiente domiciliar.

Neste sentido, participamos ativamente em sessões de educação para a saúde dirigida aos pais, no decorrer das consultas de enfermagem, de forma a capacitá-los de conhecimentos e de riscos lactentes no ambiente doméstico de acordo com as fases de desenvolvimento da criança, assim como a utilização de medidas de prevenção de lesões não intencionais dentro e fora de casa. Distribuimos também brochuras da APSI com informações importantes relativas à segurança Infantil.

Destacamos que estas orientações devem começar nas consultas pré-natais, continuando nas consultas de saúde infantil, sendo uma problemática presente e com potencial de ação de melhoria.

Neste sentido, e de acordo com as necessidades identificadas anteriormente, e após reunião com a enfermeira orientadora procedemos à elaboração de um guia orientador para os profissionais de enfermagem: “Guia Orientador na Prevenção de Lesões Não Intencionais em Ambiente Doméstico dos 0 - 4anos” (Apêndice nº XI)

Este guia realizado, teve com objetivo principal orientar e uniformizar a transmissão dos cuidados antecipatórios direcionados às necessidades dos pais/cuidadores das crianças, no que respeita à prevenção de lesões não intencionais em cada idade chave no domicílio. Assim sendo, o enfermeiro na sua prática de cuidados de saúde primários desempenha um papel fulcral e ativo como promotor e educador de saúde, na mudança de comportamentos potenciadores de saúde, aconselhando ambientes mais seguros e saudáveis

O guia está dividido consoante as idade chaves das consultas de saúde infantil e de acordo com o tipo de lesão não intencional mais frequente no domicílio. Ou seja apresenta orientações específicas para a consulta pré-natal, consulta da 1ª semana, 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 15º e 18º mês e para a consulta dos 2, 3 e 4 anos. O tipo de lesão mais frequente direccionado a cada idade chave também foi tido em linha de conta, estando dividido em queda, afogamento, queimaduras, asfixia/estrangulamento, e intoxicações.

A concretização de uma formação sobre segurança infantil no sentido de aprofundar mais os nossos conhecimentos foi de extrema relevância para realização do guia orientador.

A formação realizou-se nos dias 21 e 22 de Outubro de 2019, organizada pela Associação para a Promoção da Segurança Infantil, e intitulou-se “Segurança Infantil: Segurança em Casa”. (Anexo III)

A presente formação apresentou como objetivo geral demonstrar a importância da intervenção do adulto na prevenção de lesões não intencionais com crianças e fornecer

instrumentos para a avaliação de risco em casa. Durante a mesma foram abordados estratégias preventivas de lesões não intencionais em casa.

Surgem como estratégias preventivas de lesões não intencionais o isolamento de perigos, e sempre que não seja possível eliminá-lo, modificar algumas situações de risco, sendo possível conjugar estratégias de prevenção e proteção.

Aspeto que se deve reforçar é que a criança se vá adaptando progressivamente a novos riscos controlados, evitando limitar a sua autonomia e o seu direito à brincadeira. E que não se crie um clima negativo e de proibição, com frases de repetição "Olha que vais cair!", "Isso vai fazer-te mal" ou "Olha que é perigoso!". De acordo com Carlos Neto a partir dos três anos e meio, quatro anos, as crianças sabem perfeitamente até onde podem chegar e qual é o limite, e para crescerem saudáveis, é muito importante que as crianças sintam dentro delas o que é a superação, a capacidade de ultrapassar a frustração (2018).

Igualmente os profissionais, no âmbito das suas responsabilidades de educação parental devem trabalhar com as famílias na identificação de estratégias eficazes na prevenção da ocorrência de lesões, bem como na promoção de novos conhecimentos.

A presente formação foi bastante útil no sentido de reforçar a ideia do papel fulcral do enfermeiro EEESIP no trabalho realizado no âmbito da promoção da segurança infantil com os pais/família. O enfermeiro surge como pilar essencial na capacitação dos pais/ famílias de como as lesões acontecem com as crianças e quais as medidas que devem ser implementadas para as evitar. Devendo ser feito de acordo com a idade da criança e tendo em conta as lesões mais frequentes em cada etapa de desenvolvimento, assim como as escolhas e decisões da família, tais como escolha e utilização de equipamentos de puericultura, e brinquedos.

De forma a tornar visível todo este trabalho realizado, planeamos uma sessão de formação (Apêndice XII) destinada aos profissionais de enfermagem, onde foi apresentado o "Guia Orientador na Prevenção de Lesões Não Intencionais em Ambiente Doméstico dos 0 - 4anos". Recorremos também a casos exemplificativos da prática diária, dinamizando a sessão e simultaneamente darmos a conhecer a realidade das lesões não intencionais em crianças, em ambiente doméstico, bem como a importante envolvimento que os enfermeiros têm nesta temática.

A divulgação da sessão de formação (Apêndice XIII) foi exposta na sala de enfermagem, e simultaneamente referimos a realização da mesma aos elementos da equipa de forma individualizada, sensibilizando para a importância da sua presença.

Após a divulgação, foi realizada a apresentação da sessão de formação (Apêndice XIV). Tendo esta decorrido de forma interativa e dinâmica, o que revelou ser um espaço de partilha de experiências profissionais e de vida, de troca de ideias, num reconhecimento

profundo da realidade existente e da real e importante envolvência dos enfermeiros na presente realidade das lesões não intencionais em crianças.

Tivemos bastante adesão, com 100% de participação dos enfermeiros do serviço. O *feedback* foi extremamente, positivo, facto demonstrado pelas avaliações finais das sessões (Apêndice XV) realizadas no final da mesma.

Em todas elas, a pertinência do tema foi avaliada como muito boa ou excelente, reflectindo uma consciencialização para a problemática das lesões não intencionais e a influência do enfermeiro na sua prevenção.

Em suma, e pelo *feedback* realizado após a formação em serviço, foi possível avaliar que os enfermeiros se apresentam sensibilizados para a realidade da problemática das lesões não intencionais, bem como para a transmissão de cuidados antecipatórios junto dos pais na adoção de medidas promotoras de ambientes seguros.

Globalmente a sessão de formação foi avaliada em Muito bom e foram tecidos vários comentários positivos, motivadores de reconhecimento do trabalho desenvolvido.

Igualmente e com base no diagnóstico de situação, sentimos necessidade de uma pesquisa baseada na evidência, no sentido de conhecermos a envolvência dos enfermeiros na capacitação dos pais na prevenção de lesões não intencionais de crianças em ambiente doméstico, o que motivou a realização de uma revisão *scoping* (Apêndice XVI). Esta intitula-se de “Capacitação dos pais na prevenção de lesões não intencionais de crianças em ambiente doméstico”. E evidencia o papel importantíssimo que o enfermeiro desempenha na educação e empoderamento dos pais no que se refere à prevenção de lesões não intencionais em ambiente doméstico. Destacam-se padrões chave úteis para os enfermeiros direccionarem as suas intervenções, tais como, o desenvolvimento da criança, a identificação de riscos no ambiente físico em casa, o conhecimento e comportamento dos pais e de outros responsáveis, e os equipamentos de segurança

E concluímos a fulcral influência que o enfermeiro adquire na educação, empoderamento, treino e consciencialização de riscos e prevenção de lesões não intencionais em ambiente doméstico, contribuindo para a proteção, desenvolvimento e melhoria da qualidade de vida, e menores gastos em saúde.

A revisão confirma ainda a necessidade de serem desenvolvidos mais estudos sobre esta questão, nomeadamente na uniformização de procedimentos na atuação do enfermeiro, que surge como o elo de referência na prevenção de lesões não intencionais, com vista a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Em síntese, consideramos ter atingido os objetivos específicos a que nos propusemos para este contexto de estágio, sendo possível o desenvolvimento e a aquisição de competências, expostas no capítulo seguinte.

#### **4- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS – ANÁLISE REFLEXIVA**

A formação em Enfermagem é um processo contínuo e complexo que permite um desenvolvimento tridimensional de conhecimento que inclui o “saber”, o “saber fazer” e o “saber ser”. A Enfermagem representa-se como uma disciplina do conhecimento que se materializa numa profissão e que o exercício da profissão concorre para o fluxo de conhecimento (Nunes, 2017).

Neste sentido exige-se dos profissionais competência, responsabilidade, trabalho em equipa e desenvolvimento colaborativo de saberes. (Alarcão & Rua, 2005).

Por sua vez, as competências resultam da aquisição de conjuntos de conhecimentos que elevam a interpretação, compreensão e resolução de problemas a outro nível (Porto Editora, 2014), e este caso do enfermeiro, ajudando-o a superar dificuldades e a desenvolver a sua cognição, e novas aprendizagens.

O enfermeiro deve por isso, desenvolver estratégias nos vários contextos da sua prática, utilizando diferentes competências perante eventos de maior complexidade da sua área de especialidade, mobilizando novos conhecimentos e experiências, que se traduzem em melhorias no desempenho profissional.

A trajetória descrita anteriormente, nos diferentes contextos de prática clínica permitiram o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências comuns e específicas do EEESIP.

Assim sendo, no presente capítulo descrevemos e refletimos todas as intervenções e aprendizagens desenvolvidas na aquisição de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e competências de Mestre.

##### **4.1- DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

A Enfermagem como disciplina na área da saúde, foi alvo de progresso em termos pedagógicos desenvolvendo estratégias especializadas. O Regulamento do Exercício

Profissional dos Enfermeiros reconhece este progresso significativo, bem como o valor da atuação do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde (OE, 2015).

Deste modo, salientamos a enfermagem como profissão com reconhecimento social através de intervenções autónomas, e cuidados especializados na área da enfermagem.

No que concerne às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, e de acordo o regulamento nº140/2019, o enfermeiro especialista qualificado e reconhecido com competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (OE, 2019). Estas competências comuns destacam-se de forma transversal à prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Neste seguimento a reflexão crítica de aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista ao longo do percurso formativo será efetivada de forma individual para cada um dos domínios identificados,

### **Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Este domínio fundamenta-se na aquisição de duas competências igualmente importantes, O desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e a garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019).

Salientamos que desenvolvemos a nossa conduta de atuação durante todos os contextos clínicos de acordo com os princípios contidos no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e os valores, direitos e deveres defendidos pelo Código Deontológico do Enfermeiro, determinando uma prática de cuidados segura, baseada nos princípios éticos, princípio da autonomia, da justiça, da beneficência, e da não maleficência.

De acordo com a população alvo dos nossos cuidados, ou seja crianças e jovens, que apresentam características de especial vulnerabilidade, atuamos as nossas intervenções no cumprimento dos seus direitos, expostos na Convenção dos Direitos da Criança, e especificamente de acordo com os Direitos da Criança Hospitalizadas, expressos pela Carta da Criança Hospitalizada (Levy, 1996).

Neste sentido, agimos sempre com o intuito de proteger a intimidade da criança, o respeito pela dignidade de cada um e a sua individualidade. Destacamos como exemplo uma situação vivenciada em contexto de internamento de uma criança de 7 anos, submetida a apendicectomia. Esta durante todo o internamento pediu para estar exclusivamente

acompanhada pela irmã mais velha, que lhe prestava cuidados já em casa. Estabelecemos uma parceria de cuidados, tendo em conta a intimidade, privacidade e realizamos os mesmos para que estes pressupostos fossem dignamente respeitados.

Os cuidados prestados foram também personalizados, respeitando sempre os aspetos inerentes à individualidade de cada um, bem como os aspetos culturais e sociais, proporcionando assim o respeito pela individualidade da criança e sua família, potenciando a confiança nos cuidados e garantindo a humanização e a promoção do conforto nos mesmos.

Assim sendo, a humanização dos cuidados foi tida em linha de conta, sendo a prestação de cuidados à criança/jovem centrada na família, contribuindo para a promoção ambiente potenciadores do desenvolvimento infantil. Neste sentido, incluímos a família nos cuidados à criança, através da realização de ensinamentos e da capacitação para a prestação de cuidados. Igualmente, acreditamos que cumprimos com os pressupostos do modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, destacando a importância dos familiares como principais cuidadores da criança e permitindo que estes pudessem considerar-se mais capazes para dar uma melhor resposta às necessidades desta (Casey, 1995). Assim sendo, promovemos o bem-estar de ambas as partes e garantimos assim a preservação do binómio criança-família.

Destacamos também o dever do enfermeiro em informar a criança/jovem e família no que concerne aos cuidados de enfermagem, respeitando, defendendo e promovendo o direito ao consentimento informado (OE, 2015).

Antes de iniciarmos qualquer procedimento à criança/jovem e família foi sempre explicado todos os cuidados inerentes à realização do mesmo, esclarecendo-se dúvidas. Adequamos também, toda a linguagem utilizada à faixa etária da criança/jovem e à família de forma que a informação transmitida fosse entendida e não mais uma fonte geradora de stress.

Procuramos também respeitar as crenças, ideologias e formas de viver, adaptando os cuidados prestados, de acordo com os recursos disponíveis.

Outro dos deveres do enfermeiro é o dever do sigilo, assumindo este o dever da confidencialidade, partilhando apenas a informação pertinente de forma a manter o anonimato. Em contexto clínico, transmitimos apenas informações referentes à situação clínica à criança/jovem, pais ou pessoa significativa. E partilhamos apenas as informações necessárias com os outros profissionais implicados no processo, protegendo o bem-estar, segurança física, emocional e social da criança/jovem e família, bem como pelos seus direitos.

Por outro lado, utilizamos ainda dados ou informação clínica para fins académicos ou de investigação, tal como no momento de elaboração do estudo de caso, ou na aplicação dos questionários em contexto de CSP. Salientamos que cumprimos a confidencialidade e anonimato dos dados, sendo facultado um documento próprio para que fosse dado o seu consentimento livre e esclarecido, bem como a análise e aprovação por parte da Comissão de Ética.

Assegurámos igualmente, a privacidade de todas as crianças/jovens durante a prestação de cuidados, fechando as portas nos momentos das consultas e nas salas de tratamentos ou puxando as cortinas nas unidades de internamento. Respeitamos também a privacidade e vontade dos adolescentes em contexto de CSP, que manifestaram ser atendidos individualmente, sem o acompanhamento familiar.

Reconhecemos ainda a necessidade de participar ativamente, seguindo a linha de investigação Segurança da Criança e Qualidade de Vida, na promoção de práticas de cuidados, recorrendo a competências especializadas de forma a adotar medidas preventivas. Salientamos a implementação de uma instrução de trabalho referente aos potenciais riscos identificados no serviço de internamento pediátrico, em contexto do estágio I. Bem como a identificação de comportamentos e conhecimentos dos pais relativos à prevenção de ocorrência de lesões não intencionais, promovendo a conduta da segurança infantil.

No decorrer dos estágios intervimos oportunamente e de acordo com a evidência científica e o cumprimento de normas e protocolos instituídos nos contextos, garantindo as melhores respostas às necessidades de cada criança/jovem e família.

Deste modo, observando todo o caminho desenvolvido nos diferentes contextos consideramos ter adquirido as competências do presente domínio.

### **Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

Analogamente ao domínio da Melhoria Contínua da Qualidade existem três importantes competências a alcançar, tais como a Garantia de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; O desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; e a Garantia de um ambiente terapêutico e seguro. (OE, 2019).

Tendo em consideração o nosso projeto, que assentava no domínio da qualidade e segurança dos cuidados, procurámos constituir-nos como membros dinamizadores da promoção da qualidade, com a compreensão de que a segurança nos sistemas de saúde influencia a qualidade da prestação de cuidados. Assim sendo, identificámos quais as necessidades e fragilidades presentes em cada contexto clínico, e agimos de modo a

minimizar o risco, influenciado positivamente a percepção dos profissionais e sensibilizando-os para a importância da promoção da segurança infantil.

Destacamos a enorme responsabilidade que os enfermeiros assumem na gestão de risco, prevenção de incidentes e promoção de segurança.

No primeiro estágio realizado, em ambiente hospitalar desenvolvemos uma instrução de trabalho, identificando riscos reais e potenciais para a segurança infantil, e definimos estratégias de resolução de riscos para a segurança infantil no serviço de pediatria. Esta Instrução de Trabalho teve por base os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem emanados pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente no enquadramento conceptual 3 – O Ambiente.

Por sua vez, o desenvolvimento do projeto de Estágio – Prevenção das lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos, permitiu-nos desenvolver intervenções de liderança, e a concretização e gestão de um programa de melhoria contínua, o qual visou essencialmente a melhoria dos cuidados prestados a uma população específica. Salientamos a preocupação que tivemos em direcionarmos as intervenções às necessidades existentes, sempre na linha condutora de promoção da segurança infantil.

Concomitantemente, podemos afirmar que através da execução e desenvolvimento das atividades relativas ao projeto de intervenção e aos cuidados prestados nos contextos clínicos, contribuímos com medidas promotoras de melhoria contínua e qualidade dos cuidados.

Por sua vez, a sensibilização dos profissionais de enfermagem para a utilização de estratégias conducentes à prevenção de lesões não intencionais em crianças também foi objetivo, possibilitando alcançar competências na área da governação clínica, e o desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Dentro do mesmo domínio, procurámos também promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção das crianças/jovens e famílias, no sentido da adoção de uma postura de promoção da sensibilidade e respeito pela identidade cultural e espiritual, envolvendo a família e possibilitando um ambiente seguro. Destacamos, que nos diferentes contextos clínicos, foram desenvolvidas competências promotoras de um ambiente seguro em parceria com os pais, através da transmissão de conhecimentos e comportamentos, tais como a utilização constante de cintos de proteção nas cadeiras ou ovo, a utilização de brinquedos adequados à faixa etária, e a identificação de possíveis situações de risco.

Salientamos, como factor importante e transversal nos vários contextos de estágio o programa de controlo de infeção, executando as nossas ações de acordo com a Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde (DGS, 2010).

Sintetizando, a participação e colaboração nas atividades descritas durante o nosso percurso de aprendizagem foi uma mais valia, na medida em que permitiu o desenvolvimento de competências na área da melhoria da qualidade, através do desenvolvimento e participação em projetos institucionais e programas promotores da melhoria dos cuidados.

### **Domínio da Gestão dos Cuidados**

O Domínio da Gestão dos Cuidados é constituído por duas competências, a Gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, e a Adaptação à liderança, bem como a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019).

Evidenciamos que o enfermeiro especialista realiza a gestão de cuidados, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados, e adequando os recursos às necessidades de cuidados.

Neste sentido, em contexto de prestação de cuidados no serviço de internamento pediátrico e na UCIN, os cuidados são prestados segundo o método individual, e o enfermeiro oportunamente planeia os cuidados tendo em conta as necessidades da própria criança/jovem e família. No SUP os cuidados prestados são realizados consoante as necessidades patentes, estabelecendo-se prioridades sobre estas. E em contexto de CSP as consultas de enfermagem são planeadas com antecedência e agendadas, e o trabalho planeado atempadamente.

Salientamos que a maior oportunidade de desenvolvimento do domínio da gestão dos cuidados surgiu no contexto da CSP, uma vez que a Enfermeira Orientadora neste exercia a função de chefe, o que nos possibilitou observar, compreender e participar na otimização do trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados identificadas.

Realçamos também a oportunidade de supervisionar, orientar, e delegar tarefas nos diferentes contextos clínicos.

O desenvolvimento de competências na área de gestão dos cuidados foi uma mais-valia no sentido de estamos mais capacitados para desempenhar e prestar cuidados, aplicando todos os contributos que esta experiência formativa proporcionou.

### **Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais é constituído por duas competências, o desenvolvimento do autoconhecimento e a assertividade, e a praxis clínica baseada e especializada em evidência científica (OE, 2019).

O enfermeiro especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, estabelecendo relações terapêuticas e multiprofissionais. Neste sentido, desenvolvemos as nossas aprendizagens, em concordância com a assertividade e o auto- conhecimento, e destacamos as reflexões constantes facilitadoras neste domínio. Desenvolvemos também capacidades tanto pessoais como profissionais no estabelecimento de relações multidisciplinares, ou com as crianças/jovens e família, sempre no sentido da assertividade.

Relativamente, à nossa praxis clínica especializada, esta foi assente em evidência científica, em conhecimentos válidos e atuais. Destacamos o nosso projeto, bem como todas as atividades desenvolvidas benéficas à aquisição da competência Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Participamos também em algumas formações importantes neste domínio, tais como o Curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico, com avaliação positiva. Este integrado na componente lectiva do curso. Consideramos que foi um momento bastante importante de aprendizagem, onde desenvolvemos e adquirimos conhecimentos para agir em situações de emergência, onde devem ser mobilizadas um conjunto de competências especializadas. Participamos também no 3º curso de Vacinas, onde tivemos a oportunidade de aprofundar conhecimentos que possibilitaram um aconselhamento mais eficaz e sustentado os pais e crianças que nos exponham, constantemente, dúvidas. E na formação da APSI, que se revelou bastante produtiva e útil no desenvolvimento do nosso projeto.

Todos estes momentos contribuíram significativamente para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, consolidando conhecimentos especializados. Estamos, por isso, convictos de que adotamos uma prática profissional baseada na evidência que conduziu à excelência nos cuidados prestados.

#### **4.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica presta cuidados de enfermagem especializados, utilizando o modelo conceptual centrado na criança e família (OE, 2018). Sendo a população alvo de cuidados crianças, desde o seu nascimento até aos 18 anos de idade, e as respetivas famílias.

Neste sentido, o EEESIP presta cuidados de enfermagem especializados promovendo o mais elevado estado de saúde possível, à criança saudável ou doente, proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa (OE, 2018).

As Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica são as seguintes: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018). Estas três competências encontram-se subdivididas em várias unidades de competências com os respetivos critérios de avaliação, sendo seguidamente realizada a análise das atividades e experiências vivenciadas e enquadradas nas competências supramencionadas.

#### **Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.**

Esta competência considera a natural dependência da criança e a sua progressiva autonomia, e o binómio criança/família como alvo do cuidar do EEESIP, existindo uma parceria de cuidados promotores de otimização de saúde e da parentalidade (OE, 2018).

Consideramos ter desenvolvido e trabalhado esta competência ao longo das duas Unidades Curriculares, Estágio I e Estágio Final.

No que se refere à unidade de competência E1.1. que destaca a importância de estabelecer em parceria um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (OE, 2018), evidenciamos o contexto da CSP como o principal motor de desenvolvimento desta unidade de competência.

Procuramos promover o papel parental com a prestação de cuidados centrados na família, sendo esta considerada parceira no cuidar, e envolvendo-os na participação dos cuidados e apoiando-os no momento da transição. Os pais são considerados os elementos mais importantes da vida de uma criança, pelo que a maximização da sua saúde apenas é conseguida se os pais forem participantes ativos nos seus cuidados, potenciando o seu desenvolvimento saudável.

Também tivemos oportunidade de cuidar da criança/jovem com diferentes idades, estabelecendo sempre uma comunicação adequada ao seu estágio de desenvolvimento e à sua cultura, tendo presente que a comunicação é uma competência essencial no Cuidar em Enfermagem.

Com a educação para a saúde personalizada e dirigida à criança/jovem e família, nos diferentes contextos de estágio, procuramos capacitá-los para lidarem com a transição de saúde/doença, bem como comportamentos promotores de saúde.

A unidade de competência E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (OE, 2018), foi desenvolvida principalmente nos estágios do SUP e UCIN.

Através da realização da Triagem de Manchester em contexto de SUP desenvolvemos a capacidade da identificação das distintas patologias, implementando prioridades e respostas eficazes a cada situação. Acreditamos que o desenvolvimento de competências neste campo específico contribuiu para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Também na UCIN e serviço de internamento desenvolvemos intervenções neste sentido, havendo uma preocupação constante e vigilância permanente aos RN, crianças e jovens internados.

Destacamos ainda a importante participação na transmissão de conhecimentos promotores de saúde e segurança na criança/jovem e família, mais especificamente na prevenção de lesões não intencionais.

### **Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade**

A segunda competência específica do enfermeiro EESIP assenta na mobilização de recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias. (OE, 2018). Esta competência foi desenvolvida ao longo de todos os contextos de estágio, no entanto mais evidente em contexto de SUP e UCIN.

No que concerne à unidade de competência E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados (OE, 2018) essencialmente trabalhada e desenvolvida em contexto de SUP e UCIN tivemos a possibilidade de prestar cuidados a RN pré-termo e grandes prematuros, e devido às suas características minuciosas, e com grande instabilidade hemodinâmica, houve a necessidade de uma vigilância constante e uma pronta atuação perante alterações hemodinâmicas.

Em contexto de Urgência colaboramos na prestação de cuidados em situações especialmente complexas, de instabilidade das funções vitais e risco de vida para a criança. Exemplos disso, foi a admissão de uma criança de 4 anos instabilidade da função respiratória, com saturações de oxigénio baixas e aumento do esforço e trabalho respiratório com necessidade emergente e evidente de cuidados imediatos. Todas estas experiências possibilitaram-nos a mobilização de conhecimentos e habilidades necessários para a rápida identificação de focos de instabilidade, de forma a conseguir dar uma resposta rápida e

adequada e, se possível, antecipatória. Os conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico foram também exercitados neste domínio.

Compreendemos que o papel de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, numa situação de especial gravidade transcende a prestação dos cuidados de Enfermagem diretos à criança e abarca a família que se encontra numa situação de especial vulnerabilidade. Procurámos corresponder a este importante papel, transmitindo informação aos pais, promovendo o suporte emocional e estratégias promotoras de esperança.

Analogamente à unidade de competência E2.2. Gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. (OE, 2018) esta foi desenvolvida transversalmente nos diferentes contextos clínicos, evidenciando-se a utilização de medidas não farmacológicas e farmacológicas no controlo da dor, aquando procedimentos dolorosos e invasivos.

Na USF destacamos a realização do teste de diagnóstico precoce e a administração de vacinas, e o tratamento de feridas. Nos restantes contextos as colheitas de sangue, colocação de cateteres venosos periféricos e outros procedimentos invasivos. Salientamos que em todas as situações exemplificadas utilizamos medidas não farmacológicas, como a sacarose, amamentação, sucção não nutritiva, ou distração, e medidas farmacológicas como a aplicação de anestésicos locais ou em situações mais complexas a administração de analgésicos.

Prestamos cuidados a crianças portadoras de doenças crónicas, desenvolvendo a unidade de competência E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. (OE, 2018). Destacamos a Diabetes Mellitus tipo I em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Neste sentido, através da análise do percurso desenvolvido nos diferentes contextos de estágio referimos ter conseguido adquirir a competência em análise.

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

No que concerne à terceira competência específica do EEESIP esta relacionada com as especificidades e exigências do desenvolvimento das etapas desta fase do ciclo vital. Igualmente às competências anteriores supra citadas, esta foi desenvolvida ao longo de todos os contextos práticos, sendo mais patenteada em contexto de CSP e UCIN.

Nos CSP trabalhamos e desenvolvemos essencialmente as unidades de competência E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil e E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde. (OE,

2018) Neste sentido participamos ativamente nas consultas de saúde infantil e juvenil, desde os RN, crianças e jovens. Destacamos também a transmissão de orientações antecipatórias aos pais/cuidadores de acordo com o seu crescimento e desenvolvimento. Realçamos alguns ensinamentos relacionados com os cuidados ao RN, tais como cuidados relativos à amamentação, cuidados com o coto-umbilical, realização do teste de diagnóstico precoce e desenvolvimento infantil, procurando oferecer estratégias necessárias aos pais para que estes possam detetar precocemente qualquer desvio do preconizado e assim permitir uma intervenção precoce.

Assim sendo durante todo o nosso percurso a promoção de comportamentos saudáveis foi foque de atenção. Atuamos ao nível dos cuidados antecipatórios e prevenção de doenças ou efeitos secundários de tratamentos que a criança se encontrava a realizar, bem como a transmissão de medidas preventivas de lesões não intencionais com consequente medidas promotoras de saúde e maximização do desenvolvimento infantojuvenil.

As consultas realizadas com adolescentes, ocorreram em menor número, e tivemos a oportunidade de promover a sua autoestima bem como escolhas de comportamentos saudáveis.

No que concerne à E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais. (OE, 2018) esta unidade de competência foi fortalecida principalmente através de métodos como o contacto pele com pele, amamentação, transmissão de afetos e a minimização da separação entre crianças e respetivas famílias, permitindo a envolvimento e participação destes nos cuidados.

Por fim e transversalmente a todos os contextos de aprendizagem, e ao longo de toda a nossa experiência profissional, desenvolvemos a competência E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. (OE, 2018). Salientamos o contacto com crianças/jovens e famílias de diferentes proveniências e culturas, adaptando a nossa forma de comunicação, verbal e não-verbal, às características da criança e família, de forma a transmitir toda a informação de forma clara e perceptível.

Face ao exposto, consideramos que desenvolvemos e solidificámos as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, requisito exigido para a conclusão deste curso de mestrado com área de especialidade em Saúde Infantil e Pediatria.

### 4.3- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA AQUISIÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Desenvolvemos todo o nosso percurso formativo centrado nos objetivos gerais definidos para este curso de Mestrado em Enfermagem, através do desenvolvimento de saberes e competências no âmbito da intervenção especializada num domínio de Enfermagem, demonstrados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão; Promoção e melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recursos à investigação e a uma prática baseada na evidência; Capacitação para a governação clínica, liderança de equipa e de projetos e Contribuição para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.

As atividades anteriormente referidas entrecruzam-se com as competências definidas no Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro, nomeadamente no Artigo 15º, respeitante à aquisição do grau de mestre.

Consideramos ter atingido globalmente os objetivos gerais definidos para este Curso de Mestrado, que culminou com a redação do presente relatório de mestrado. Seguidamente realizamos uma análise reflexiva acerca de todo o percurso realizado, demonstrando a aquisição das competências necessárias para a aquisição do grau de mestre.

A realização do projeto desenvolvido e denominado Promoção Segurança Infantil: Prevenção de Lesões não Intencionais em crianças 0-4 anos de idade possibilitou-nos a aquisição de competências de mestre, principalmente relacionadas com a construção de conhecimentos através de processos de investigação, assim como a capacidade de comunicação de conclusões, procedimentos e raciocínios, subjacentes aos processos de investigação, de forma clara, precisas e sem ambiguidades (Decreto-lei nº63/2016).

O Mestre em Enfermagem inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular (Nunes L, 2018). Neste sentido, participamos ativamente na elaboração de projetos durante o contexto clínico, através da integração de ações em planos de formação em serviço, ações de educação para a saúde relativos à promoção da segurança infantil, e ações formativas importantes para a prática de cuidados de qualidade e melhoria continua.

A mobilização de conhecimentos relativos a questões éticas e deontológicas no sentido de manter a confidencialidade e o anonimato dos participantes e dos dados

associados aos processos de investigação aquando do planeamento e efetivação do projeto também foi tida em linha de conta. Deste modo, foram solicitadas os pedidos de autorização à comissão de ética da instituição hospitalar, de onde foi efetivada e implementado o projeto. Assim sendo, desenvolvemos competências de mestre, especialmente através da execução de reflexões sobre as implicações e responsabilidades sociais e éticas (Decreto-lei nº63/2016).

Destacamos ainda a realização de três artigos, dois deles construídos no desenvolvimento da componente teórica, em contexto da disciplina de Investigação e de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica II. Destacamos o artigo “Capacitação dos Pais da Criança com Febre: Revisão Integrativa” (Apêndice XVII), que aguarda publicação científica na revista RIASE - Revista Ibero-Americana de saúde e envelhecimento. No ultimo contexto de estágio concretizamos um artigo científico “Capacitação dos pais na prevenção de lesões não intencionais de crianças em ambiente doméstico” realçando a importância da atuação do enfermeiro EESIP na capacitação dos pais/cuidadores de crianças até aos 5 anos, na aquisição de conhecimentos e comportamentos preventivos de lesões não intencionais em ambiente doméstico.

Acreditamos que o empenho na realização destes artigos, contribuiu para o desenvolvimento da quarta competência de Mestre que foca a importância da disseminação do conhecimento bem como, o desenvolvimento da competência de mestre respeitante, a comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades. (Decreto-lei nº63/2016).

Por último, destacamos a quinta competência de Mestre que se centra no desenvolvimento autónomo e auto-orientado de aprendizagens ao longo da vida. Este percurso de aprendizagens foi marcado por uma procura intensa pelo conhecimento e pela mais recente evidência científica sempre com o intuito final de contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança/jovem e família.

Neste sentido e após reflexão do nosso percurso repleto de novas aprendizagens salientamos a aquisição e consolidação de conhecimentos e competências que nos permitem realizar cuidados especializados, quer no domínio geral, das competências específicas do enfermeiro EESIP, quer domínio das competências de mestre.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relatório possibilitou documentar a trajetória formativa realizada ao longo do curso de mestrado e mais concretamente ao longo dos estágios. Esta foi absolutamente vital na aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, Específicas do EEESIP e de Mestre. Todo este percurso académico serviu também como uma ferramenta importante para a consolidação de novos conhecimentos, através da realização de várias pesquisas, aptidões, e habilidades.

Salientamos dois caminhos complementares no nosso percurso formativo, a elaboração do projeto de intervenção em contexto de estágio, e a aquisição de competências de EEESIP e Mestre.

Na elaboração do projeto de intervenção em enfermagem baseámo-nos na metodologia de projeto na linha de investigação Promoção da Segurança e Qualidade de Vida da Criança/Jovem e Família.

As lesões não intencionais em crianças são consideradas fatores de preocupação, pois continuam a afetar a vida de muitas crianças/jovens e famílias, e em algumas situações deixam marcas futuras. Igualmente, variados estudos demonstram que as crianças na faixa etária entre os 0 e os 4 anos encontram-se entre os grupos mais vulneráveis à sua ocorrência, devendo-se apostar na sua prevenção e na criação de ambientes seguros, nomeadamente em ambiente doméstico.

Representam assim uma constante preocupação por parte do Ministério da Saúde, bem como de diferentes entidades independentes, como a APSI ou o Alto Comissariado da Saúde, merecendo o seu especial interesse e empenho. Estas são fundamentais na monitorização de números, condições desencadeantes, características e consequências, promovendo a conceção de programas e medidas que consciencializem as comunidades na necessidade de criação de ambientes seguros e consequente diminuição da incidência e da gravidade das lesões.

Salientamos o papel fundamental do EEESIP no que concerne à prevenção das lesões não intencionais em crianças, em âmbito de CSP ou em contexto hospitalar. Neste sentido, destacamos o EEESIP como pilar essencial na promoção de ambientes seguros, pois este apresenta estratégias de promoção quer na capacitação dos pais/cuidadores

relativos às diferentes etapas do desenvolvimento e crescimento da criança, quer na transmissão de conhecimentos potenciadores de risco, educando-os para a segurança.

Neste seguimento e para cumprimento do desígnio de implementação do projeto de intervenção, que começou a ser organizado no início do Estágio I, com pesquisa bibliográfica e atividades inerentes à promoção da segurança infantil, este foi desenvolvido no Estágio Final.

Após realização de uma concetualização e análise do estado da arte, de indicadores demográficos e de saúde, conclusões de estudos recentes, bem como das entrevistas exploratórias com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora, emergiu a necessidade e relevância de abordar a temática das lesões não intencionais até aos 4 anos de idade.

Evidenciaram-se duas áreas de intervenção, o desenvolvimento de intervenções relativas à promoção da segurança infantil, com foco à prevenção de lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos, direccionada aos pais/cuidadores, e a efetivação da sensibilização dos profissionais de enfermagem para a utilização de estratégias conducentes à prevenção de lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos.

A realização do presente estudo em contexto de CSP através da aplicabilidade de questionários aos pais/ cuidadores de crianças até aos 4 anos de idade permitiu-nos avaliar os seus conhecimentos e comportamentos relativos às estratégias utilizadas na prevenção de lesões não intencionais em ambiente doméstico. E concluímos que os comportamentos dos pais face à prevenção de lesões não intencionais são na globalidade adequados, existindo concomitantemente alguns comportamentos preventivos menos adequados e potenciadores de lesão. Destacam-se a utilização de andarilhos, a ausência de protecções nas esquinas dos móveis, a ausência de cancelas no primeiro e último degrau das escadas e a ausência de protecções nos aquecedores ou lareiras. Também, a queda foi a lesões não intencionais mais evidente, facto semelhante aos diversos estudos descritos sobre a temática das lesões não intencionais.

Evidenciamos assim o comportamento dos pais como fator influente na ocorrência de lesões não intencionais, tendo estes uma intervenção significativa na sua prevenção, pois passam a maior parte do tempo com elas, e cujo desenvolvimento é rápido e sempre influenciado pelo ambiente que as rodeiam. Logo, existe a necessidade de continuar a preparar e educar os pais para desenvolverem estratégias e medidas de prevenção adequadas para que as crianças, desde que nascem, estejam seguras no ambiente domiciliar.

Neste sentido, os profissionais de saúde, mais especificamente os enfermeiros devem capacitar os pais sobre conhecimentos de riscos lactentes no ambiente doméstico e sobre as fases de desenvolvimento da criança, assim como a utilização de medidas de

prevenção de lesões não intencionais. Essa orientação deve começar nas consultas pré-natais, continuando nas consultas de saúde infantil, sendo uma problemática presente e com potencial de ação de melhoria.

Igualmente, evidenciamos a necessidade dos profissionais de saúde, mais especificamente os enfermeiros em delinear e implementar estratégias de prevenção direcionadas à realidade, tornando-se desta forma mais eficazes. E neste sentido, procedemos à elaboração de um guia orientador para os profissionais de enfermagem, com posterior sessão de sensibilização sobre a temática.

O presente guia orientador teve como objetivo principal orientar e uniformizar a transmissão dos cuidados antecipatórios direcionados às necessidades dos pais/cuidadores das crianças, no que respeita à prevenção de lesões não intencionais em cada idade chave no domicílio durante as consultas de saúde infantil.

Outro aspeto evolutivo possivelmente pertinente prende-se com a transformação deste guia numa instrução de trabalho, e a criação de intervenções antecipatórias direcionadas a cada idade chave relativos à prevenção de lesões intencionais com registo informatizado.

A limitação do tempo definido para a implementação do projeto, bem como o tamanho da amostra reduzida, são algumas limitações que surgiram durante a realização do projeto.

Assim sendo, acreditamos ter sensibilizado tanto os pais/cuidadores de crianças bem como os profissionais de enfermagem, para esta alarmante realidade das lesões não intencionais em crianças.

De facto, o enfermeiro EESIP na sua prática de cuidados desempenha um papel fulcral e ativo como promotor e educador de saúde, na mudança de comportamentos potenciadores de saúde, aconselhando ambientes mais seguros e saudáveis, contribuindo para melhoria dos indicadores de saúde, em Portugal e no Mundo.

Chegados ao final deste percurso formativo sentimos que crescemos pessoal e profissionalmente. E todas as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio e a realização do Projeto de Intervenção, possibilitaram-nos o aperfeiçoamento e aquisição do desenvolvimento das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Competências de Mestre.

Faz parte integrante dos nossos objetivos futuros, enquanto EESIP manter-nos atualizados, como dinamizadores do desenvolvimento de momentos formativos na área da segurança Infantil, tanto para os profissionais de saúde, como para os pais/ cuidadores de

saúde, contribuindo para a redução dos números associados às lesões não intencionais em crianças.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem* 2005 Jul-Set; 14(3):373-82. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>.
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI]. (2017). 25 Anos de Segurança Infantil em Portugal: Relatório de Avaliação, 2017. Disponível em [http://apsi.org.pt/images/25anos/PDF/RELATORIO\\_SEG\\_INFANTIL\\_certo.pdf](http://apsi.org.pt/images/25anos/PDF/RELATORIO_SEG_INFANTIL_certo.pdf)
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI]. (2017). Guia Digital Segurança Produtos para Crianças. In <http://apsi.org.pt/guiaprodutoscriancas/products.php?page=products>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI] (2019). Workshops de Segurança Infantil: Segurança em Casa (Manual de Apoio Disponibilizado no Workshop da Semana Segurança Infantil, Outubro, 2019). CIMA Portalegre
- Alto Comissariado da Saúde e Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI]. (2011). Plano de Acção para a Segurança Infantil [PASI] 2012-2016: Conhecer os Riscos, Criar Ambientes Seguros, Minimizar os Acidentes. 2011. Disponível em [http://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI\\_2011.pdf](http://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI_2011.pdf)
- Amendoeira, J. (2009). Ensino de Enfermagem Perspectivas de Desenvolvimento. *Pensar Enfermagem*, 13(1). Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009\\_13\\_1\\_2-12%282%29.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_2-12%282%29.pdf)
- Bezerra, M., Rocha, E., Sousa, L., Albuquerque, C., Sousa, M, & Oliveira, S. Conhecimentos dos Agentes Comunitários de Saúde sobre Acidentes Domésticos em Crianças. *Revista de Enfermagem Reuol*. 2016. 9881-87554-1. Disponível em

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=119443993&lang=pt-br&site=ehost-live>

-Casey, Anne (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In GLASPER, Edward; TUCKER, Ann. "Advances in Child Health Nursing". Oxford: Scutari Press. ISBN1-871364-91-4

- Classificação Internacional de Causas Externas de Lesões (CICEL): Versão 1.2. (2004) Publicado para o Grupo de Coordenação e Manutenção da CICEL. ISBN: 1 74024 374 9. Disponível em <https://www.whoic.nl/sites/default/files/2018-05/ICECI%20in%20Portuguese.pdf>

- Contreiras, T. & Rodrigues E. (2014). Evita – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes: relatório 2009-2012. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP) – Departamento de Epidemiologia. Lisboa, Outubro 2014. ISBN: 978-989-8794-00-0

- Cordeiro, M. (2015). Crescer Seguro. Lisboa: Edição Glaciar. 1ª Edição. ISBN: 978-989-8776-19-8.

- Costa A., Sá, A., Fraga, J., Dias F., & Serafino M. Prevenção de Acidentes: o que sabem os pais. 2011. Disponível em [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0872-07542011000400002](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542011000400002)

- Costa J. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. *Millenium*, 30. 243-251. Disponível em em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf>

- Decreto-Lei 118/2014 de 5 de Agosto (2014). Princípios e enquadramento da atividade do Enfermeiro de Família. Diário da República n.º 149/2014, Série I de 2014-08-05. Páginas 4069 – 4071 Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/55076561/details/maximized>

- Decreto-Lei 28/2008 de 22 de Fevereiro (2008). Cria os agrupamentos de centros de saúde. Diário da República, 1.ª série — N.º 38 — 22 de Fevereiro de 2008. Páginas 1182 – 1189. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/247675>.

- Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro (2016). Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República n.º 176/2016, Série I. Páginas 3159 - 3191. Disponível em

<https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/75319452/details/normal?q=Decreto-Lei+n.%C2%BA%2063%2F2016%2C%20de+13+de+setembro>

- Despacho nº 1057/2015 de fevereiro do Ministério da saúde, Pub. L. No. Diário da Republica: II série, nº 22 (2015) Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/66396673/details/2/maximized?serie=II&dreId=66396637>

- Dias, J., Costa, S. & Martins, S. (2013). Prevenção de acidentes em idade pediátrica: o que sabem os pais e o que fazem os médicos. Revista Acta Pediátrica Portuguesa – Sociedade Portuguesa de Pediatria. Páginas 277-282. Disponível em <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ttIK6iSCdAoJ:revistas.rcaap.pt/app/article/download/3490/2756+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>

- Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2010). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Lisboa: DGS. Disponível em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes.aspx>

- Direcção-Geral de Saúde. (2010). Circular Normativa: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. 1-37. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/orientacao-de-bo-pratica-para-a-higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.aspx>

-Direcção Geral de Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos). Circular normativa 022/2012. Ministério da Saúde.

- Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ]. Norma 010/2013, Lisboa: 31 Maio de 2013. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

- Direcção-Geral da Saúde [DGS]. Departamento da Qualidade na Saúde. (2014). Programa Nacional de Acreditação em Saúde [PNAS]. ISBN 978-972-675-206-6 Disponível em <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/acreditacao--brochura--modelo-de-acreditacao-do-ministerio-da-saude-pdf.aspx>

- Faria, C., Queiroz, D., Matias, O., Melo, T. Principais Causas de Internação por Acidentes Domésticos na Infância em um Hospital Universitário do Oeste do Paraná. BJSCR. 2018. 22, 103-109. Disponível em [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180405\\_095557.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180405_095557.pdf)
  
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea descritiva de etapas. No 15.
  
- Gomes, L., Rocha, R., Barbosa, T., & Silva, C. Descrição dos acidentes domésticos ocorridos na infância. 2013. Disponível em [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/155558/A03.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155558/A03.pdf)
  
- Grupo Português de Triagem. (2015). Sistema de Triagem de Manchester. In Portal do Grupo Português de Triagem. Disponível em [http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=110#](http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110#)
  
- Gurgel, A. & Monteiro, A. Prevenção de Acidentes domésticos infantis: susceptibilidade percebida pelas Cuidadoras. Ver Cuidado é Fundamental. 2016. V8i4.5126-5135. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=119227859&lang=pt-br&site=ehost-live>
  
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). Wong, Enfermagem da criança e do adolescente. 9ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1.
  
- Instituto Nacional de Estatística, IP [INE]. (2018). Estatísticas Demográficas 2017. ISBN: 978-989-25-0449-0 Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boi=348174760&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boi=348174760&PUBLICACOESmodo=2)
  
- Kahrman P., Karadeniz, H. Effects of a Safety-Awareness-Promoting Program Targeting Mothers of Children Aged 0-6 years to Prevent Pediatric Injuries in the Home Environment: Implications for Nurses. Journal of Trauma Nursing. 2018. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30216265>

- Levy, M.L. (1996). Os Direitos da Criança Hospitalizada. *Acta Pediatr. Port.*, 1996; N. 4; Vol. 27: 655-7. Disponível em <http://actapediatrica.spp.pt/article/download/5818/4580>.
- Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, et al. (2000). Uma Teoria Emergente de Médio Alcance. *Nursing Science*. 23 (1): 12-28.
- Mendes, M. & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série – nº6. Pp 113-121. ISSN 0874-0283. DOI: 10.12707/RIII1144. Disponível em <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1144>
- Moita, H. (2015). Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar – Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro. Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde de Santarém. Disponível em <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1485/1/Relatorio%20estagio%20II%20me%20strado.pdf>.
- Mororó, D., Enders, B., Lira, A. L., Silva, C. B., & Menezes, R. P. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar . *Acta Paulista Enfermagem*, 30(3), pp. 323-332. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/19820194201700043>
- Neto, C. (2018). A brincadeira pode ser a resposta para a maioria dos males. *In Delas* Disponível em <https://www.delas.pt/carlos-neto-entrevista-brincar/familia/389874/>
- Nunes, L. (2017). Para uma Epistemologia de Enfermagem. 1ªEdição. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-79-6.
- Nunes, L. (2018). Relatório. Setúbal. Disponível em [http://moodle.ips.pt/1819/pluginfile.php/456010/mod\\_resource/content/0/ME\\_Relatorio\\_18%20set%202018.pdf](http://moodle.ips.pt/1819/pluginfile.php/456010/mod_resource/content/0/ME_Relatorio_18%20set%202018.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Volume I. ISBN: 978-989-8444-00-4. Disponível em

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores\\_BoaPratica\\_SaudeInfantil\\_Pediatria\\_volume1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatria_volume1.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Disponível em [file:///C:/Users/master/Desktop/mestrado/guias%20pediatria%20importantes/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](file:///C:/Users/master/Desktop/mestrado/guias%20pediatria%20importantes/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento n.º 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, 2.ª série - N.º 133 - 12 de julho de 2018. Páginas 19192-19194. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?!=1>

- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento nº140/2019 – Regulamento de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019. Páginas 4744-4750. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?!=1>

- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2008a). Recomendações para a prevenção dos acidentes com crianças. Disponível em [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/child/injury/world\\_report/Recommendations\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Recommendations_portuguese.pdf)

- Papalia, D.E. & Feldman, R.D.. (2013). Desenvolvimento Humano. 12ª Edição. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda. ISBN 0078035147

- Porto Editora. (2014). *Dicionário da língua portuguesa*. Porto Editora. Disponível em: <https://www.portoeditora.pt/produtos/ficha/dicionario-editora-da-lingua-portuguesa/125694>

- Public Health England Reducing Unintentional Injuries in and Around the Home Among Children Under 5 Years. 2014. Disponível em [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/696646/Unintentional\\_injuries\\_under\\_fives\\_in\\_home.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/696646/Unintentional_injuries_under_fives_in_home.pdf)
  
- Ramos, A. L. C. (2012). Construção de adequação de um instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar, em crianças até aos quatro anos (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12033>
  
- Ramos, A. & Nunes, L. (2012). Passo a passo caminhamos para o sucesso: a problemática dos acidentes em ambiente doméstico/familiar nas crianças. Revista Percursos, nº26, Outubro-Dezembro 2012. Páginas 41-47. Disponível em [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9252/1/Revista%20Percursos%20n26\\_A%20problema%20A1tica%20dos%20acidentes%20em%20ambiente%20dom%20estico%20e%20familiar%20nas%20crian%20as.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9252/1/Revista%20Percursos%20n26_A%20problema%20A1tica%20dos%20acidentes%20em%20ambiente%20dom%20estico%20e%20familiar%20nas%20crian%20as.pdf)
  
- Ramos, A., Nunes, L. & Nogueira, P. (2013). Fatores de risco de lesões não intencionais em ambiente doméstico/familiar em crianças. In Revista de Enfermagem Referência. III Série – nº11 – Dezembro 2013, páginas 113-123. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIII11/serIII11a13.pdf>
  
- Ramos, A. & Nunes, L. (2014). Criança em ambiente doméstico/familiar: consenso quanto aos fatores de risco de lesão não intencional. In Revista de Enfermagem Referência. Série IV – nº1 – Fevereiro/Março 2014, páginas 45-54. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIV1/serIV1a06.pdf>
  
- Ruivo, A. & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: colectânea descritiva de etapas. In Revista Percursos, n.º 15, jan-mar. ISSN 1646-5067. Disponível em [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
  
- Santos, A.O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de Cuidados... Nascer e Crescer - Revista do hospital de crianças maria pia. Volume XX, nº1. Páginas 26-31. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a06.pdf>

- Souza, S., Tomazoni, A., Rocha, P., Cabral, P., & Souza, A. (jan./mar. de 2015). Identificação da Criança na Pediatria: Percepções Profissionais de Enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, 29, nº1, p. 5.11. doi:<http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i1.11529>
  
- Tavares, E., Buriola, A., Santos, J., Ballani, T. & Oliveira, M. Fatores associados à intoxicação infantil. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2013. 17(1):31-7. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/05.pdf>
  
- Tibério, L (2019). Crianças seguras, Famílias Felizes. Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Instituto Politécnico de Setúbal. ESS - Escola Superior de Saúde. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/29332>
  
- World Health Organization (OMS). (2011). Child injury prevention: Report by Secretariat. Disponível [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_23-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_23-en.pdf)

## **APÊNDICES**

**Apêndice I – Plano Projeto Final**

Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação	
<b>RESUMO DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO</b>	<b>Ano Letivo:</b> 2019 /2020

### **1. RESUMO DO PROJETO (500 palavras)**

O presente projeto visa contribuir para a aquisição de competências enquanto mestre e enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O projeto proposto é transversal aos estágios, nos diferentes contextos clínicos e inscreve-se na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”. Pretende contribuir para a Promoção da Segurança Infantil, mais especificamente para a prevenção de lesões não intencionais até aos 4anos de idade em ambiente doméstico.

Segundo a DGS, e de acordo com o PNPA 2010-2016, “o sucesso da promoção da segurança e da prevenção de acidentes depende de uma abordagem intersectorial e interdisciplinar e do envolvimento ativo de todos os parceiros, a todos os níveis.” (DGS,2010). É assim imprescindível a envolvência de vários setores, nomeadamente da área da saúde.

As lesões não intencionais nas crianças em ambiente doméstico são uma realidade alarmante a nível mundial, não sendo Portugal exceção. Representam um problema de saúde pública, e estão entre as principais causas de morte, incapacidade e internamento, associados a elevados custos pessoais, familiares, sociais e económicos (OE,2017), tornando-se fundamental a implementação de medidas protetoras e preventivas, e a gestão de ambientes seguros.

A casa é o local onde surgem mais lesões não intencionais, sobretudo com crianças até aos 4 anos de idade (APSI, 2017), evidenciando-se esta faixa etária como grupo prioritário para intervenção.

A criação de ambientes seguros para as crianças assume um papel fulcral, destacando-se duas vertentes fundamentais: “A capacitação de conhecimentos/comportamentos dos pais relativos à promoção de ambientes promotores de segurança infantil em ambientes domésticos” e a “Sensibilização dos profissionais de enfermagem na utilização de estratégias conducentes à promoção de segurança infantil”.

O projeto assenta no referencial teórico de Parceria de Cuidados de Anne Casey e segue as etapas da metodologia de trabalho de projeto, de forma a dar resposta aos problemas identificados em contextos.

Para o diagnóstico de situação e planeamento do projeto contribui a revisão de literatura realizada, análise de indicadores demográficos e de saúde, conclusões de estudos recentes, bem como as entrevistas

exploratórias com a enfermeira chefe/responsável e enfermeira orientadora, emergindo a necessidade e relevância de abordar a temática das lesões não intencionais até aos 4 anos de idade em ambiente doméstico,

Com base nos resultados obtidos no diagnóstico de situação, irão planear-se actividades para dar resposta aos objetivos do projeto, podendo recorrer-se a estratégias que visem a promoção da segurança infantil, que incluem seções de educação para a saúde dos pais/cuidadores, formação em serviço para a equipa de enfermagem, bem como a elaboração de guia orientador para cada idade chave, sobre os cuidados antecipatórios. Deste modo espera-se intervir de forma a capacitar os pais/cuidadores com conhecimentos/comportamentos preventivos de lesões não intencionais em ambiente doméstico até aos 4 anos de idade, bem como sensibilizar a equipa de enfermagem para a utilização de estratégias conducentes à prevenção de lesões não intencionais.

Foram também pedidas as autorizações ao conselho de administração e à comissão de ética onde é desenvolvido o estudo.

Pretende-se assim que os pais/cuidadores adotem comportamentos promotores de segurança infantil e adequados conhecimentos relativos à prevenção de lesões não intencionais, bem como consciencialização da equipa de enfermagem para a importância e necessidade da prevenção de lesões não intencionais em ambiente doméstico

## **2. PLANO DO PROJETO (Objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção, resultados esperados, processo de avaliação)**

A metodologia de projeto é uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas, adquirindo-se capacidades e competências pessoais, suportado por um conhecimento teórico que será aplicado na prática (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010)

### **Diagnóstico da situação:**

A presente problemática surgiu da experiência profissional, com sustentação teórica na vasta pesquisa realizada sobre o tema.

Em casa, as famílias sentem-se seguras, no entanto as lesões não intencionais com crianças pequenas são muito frequentes.

As lesões não intencionais nas crianças até aos 4 anos de idade são uma realidade alarmante, ocorrendo de forma não deliberada, ou seja de forma acidental, mas que podem ser prevenidas através da implementação

de medidas prévias de prevenção, sendo assim evitáveis (Ramos & Nunes, 2014). São uma realidade preocupante na sociedade atual representando grande impacto nas taxas de mortalidade e morbilidade.

Segundo o MS-DGS (2016) “os acidentes não intencionais destacam-se como a primeira causa de morte e de anos de vida potenciais perdidos por deficiência e incapacidade”. Em Portugal as taxas de mortalidade e morbilidade associadas a lesões não intencionais têm vindo a diminuir, no entanto continuam a apresentar valores preocupantes, representando “uma causa importante de morte e incapacidade temporária e permanente em crianças e jovens que, associados aos elevados custos pessoais, familiares, sociais e económicos, constituem um grave problema de saúde pública.” (OE,2017).

De acordo com o relatório ADELIA quase 80% dos acidentes domésticos com crianças até aos 5 anos acontecem em casa. As que mais frequentemente originam internamento são as quedas, intoxicações e asfixia e estrangulamento e os que provocam lesões mais graves e muitas vezes mortes são os afogamentos, asfixia/estrangulamento e as quedas, particularmente de varandas e janelas (INE, 2006-2010; APSI, 2017)

Nos anos de 2011-2015 morreram aproximadamente 340 crianças e jovens vítimas de lesões não intencionais (APSI, 2017), bem como o registo do número total de internamentos no período entre 2012 e 2016, que ascende a aproximadamente 24.784.

Salienta-se ainda os números para a faixa etária em estudo, sendo que entre os anos de 2011 e 2015 morreram 68 crianças vítimas de lesões não intencionais (APSI, 2017).

Noutro estudo realizado numa instituição Hospitalar na região do Alentejo, no ano de 2019 salienta-se o elevado número de idas ao Serviço de Urgência de crianças por lesões não intencionais, sendo emergente intervir junto dos pais/cuidadores de crianças até 4 anos de idade, para reduzir esta preocupante realidade.

Perante os dados supra apresentados é possível aferir que as lesões não intencionais em ambiente doméstico nas crianças até aos 4 anos de idade apresentam-se como uma problemática emergente e com necessidade de intervenção por parte das equipas de enfermagem em todos os contextos de prestação de cuidados, tendo o enfermeiro EESIP um notável papel.

Deste modo, com o presente projeto pretendemos contribuir para a redução de lesões não intencionais em ambiente doméstico em crianças até aos 4 anos de idade através da capacitação dos pais/cuidadores na aquisição de comportamentos/conhecimentos promotores de segurança infantil, bem como sensibilizar as equipas de enfermagem para a realidade da problemática.

O modelo de enfermagem de Parceria de Cuidados de Anne Casey (1993) é o modelo conceptual privilegiado para cuidar em pediatria, em que os enfermeiros cuidam em parceria com os pais/família, sendo estes agentes privilegiados para ajudar a criança a satisfazer as suas necessidades, pois são quem melhor conhece a criança, e são a sua maior fonte de conforto. (Moita, 2015)

Para o suporte desta problemática foram tidas em linha de conta as necessidades de cada contexto de

estágio, sendo feita uma reunião prévia com os enfermeiros chefes/responsáveis e enfermeiros orientadores, a observação direta dos vários comportamentos dos pais/cuidadores, a avaliação de conhecimentos dos pais/cuidadores através da aplicação de questionários, a aplicação de questionários aos profissionais de enfermagem de forma a avaliar os seus conhecimentos e ações durante a consulta de enfermagem nas diferentes idades chave, análise swot, bem como a realização do artigo científico, sempre na linha de investigação que integra a Promoção da Segurança Infantil.

Após a elaboração do diagnóstico da situação delineamos os seguintes objetivos:

**- Objetivo Geral:**

- Contribuir para a segurança das crianças até aos 4 anos de idade, no que respeita às lesões não intencionais em ambiente doméstico.

**- Objetivos Específicos:**

- Capacitar os pais/cuidadores de crianças 0-4anos na promoção da segurança infantil em ambiente domestico, prevenindo as lesões não intencionais.

- Sensibilizar as equipas de enfermagem para a utilização de estratégias conducentes à promoção da segurança infantil em ambiente doméstico.

**Planeamento**

A terceira fase do projeto diz respeito ao planeamento, em que se realiza um levantamento de actividades a realizar, estratégias a utilizar, meios necessários para a implementação do projeto e um cronograma representativo de todas as fases do processo. (Ruivo & Ferrito, 2010).

Assim sendo, de forma a dar cumprimento aos objetivos referidos, ao longo do estágio serão desenvolvidas actividades, ajustadas a cada contexto, que procuram promover a segurança infantil, no domínio da prevenção de lesões não intencionais até aos 4 anos de idade em contexto doméstico.

Objetivo específico	Atividade/estratégias a desenvolver	Resultado esperado
---------------------	-------------------------------------	--------------------

<p><b>Capacitar os pais/cuidadores de crianças 0-4anos na promoção da segurança infantil em ambiente doméstico, prevenindo as lesões não intencionais.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atualização e aquisição de conhecimentos na área da segurança infantil, com recurso a documentos oficiais da OMS, DGS, APSI, Alto Comissariado da Saúde, OE, estudos recentes realizados pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, com o programa EVITA, bem como outra bibliografia relevante.</li> <li>- Elaboração de artigo científico.</li> <li>- Desenvolvimento de competências teórico práticas na prestação de cuidados à criança/família nos diferentes contextos de estágio, relacionados com a promoção da segurança infantil;</li> <li>- Prestação de cuidados de enfermagem diferenciados à criança e família com vista à maximização da sua saúde acerca de “Promoção da Segurança Infantil” em todos os contextos de estágio;</li> <li>- Observação direta dos principais comportamentos de risco dos pais, para a ocorrência de lesões não intencionais em crianças até aos 4anos de idade;</li> <li>- Pedido do parecer ao conselho de administração e à comissão de ética da ULSNA para aplicação de questionários aos pais/cuidadores para avaliação dos conhecimentos e comportamentos face à prevenção de lesões não intencionais em ambiente doméstico nos cuidados de saúde primários.</li> <li>- Colaboração e participação em acções de educação para a saúde para pais/cuidadores com vista á promoção da aquisição de conhecimentos/ comportamentos relativos à prevenção de lesões não intencionais em ambiente doméstico.</li> <li>- Realização de ensinos individualizados sobre estratégias a utilizar na prevenção de lesões não intencionais em ambiente doméstico nos diferentes contextos de estágio;</li> <li>- Realização de um cartaz informativo e apelativo na sala de espera do serviço de neonatologia relativo à promoção da segurança infantil, mais especificamente à promoção de ambiente terapêutico do RN dirigido aos avós.</li> <li>- Realização de um folheto intitulado “Prevenir também é Cuidar 0-3anos”, para os pais das crianças do Serviço de Urgência.</li> <li>- Entrega de material informativo e didáctico aos pais/cuidadores sobre Promoção da Segurança Infantil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pais/Cuidadores com conhecimentos adequados e atualizados relativos à promoção da segurança infantil em ambiente doméstico,</li> <li>- Redução da incidência de lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos de idade em ambiente doméstico</li> </ul>
<p><b>Sensibilizar as equipas de enfermagem para a utilização de estratégias conducentes à promoção da segurança infantil em ambiente doméstico.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grelha de observação e levantamento de riscos e potenciais riscos existentes no serviço de Internamento Pediátrico, potencialmente indutores de lesão não intencional.</li> <li>- Pedido de parecer ao conselho de administração e à comissão de ética da ULSNA. Para aplicação de questionário à equipa de enfermagem dos CSP de forma a perceber o real conhecimento que os profissionais detêm da problemática</li> <li>- Colaboração e realização de formação em serviço sobre a necessidade e importância da prevenção das lesões não intencionais em ambiente doméstico</li> <li>- Reforço junto dos enfermeiros a necessidade e importância dos mesmos na promoção da segurança infantil e na prevenção de lesões não intencionais em ambiente doméstico nas crianças até aos 4 anos de idade</li> <li>-Elaboração de um guia orientador para os profissionais de enfermagem, para que durante as consultas de enfermagem estes estejam mais capacitados a transmissão de cuidados antecipatórios direccionados ás necessidades dos pais/cuidadores das crianças e à idade, no que respeita à prevenção de lesões não intencionais em cada idade chave.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alcançar a participação de 75% dos profissionais de enfermagem na formação em serviço;</li> <li>- Consciencialização da equipa de enfermagem para a importância e necessidade da prevenção de lesões não intencionais em ambiente doméstico.</li> <li>- Validação do guia orientador por os profissionais de enfermagem</li> </ul>

### 3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

--

Tempo / Atividades	2019							2020	
	Maio	Junho	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	
Pesquisa Bibliográfica									
Diagnóstico da Situação									
Definição de Objetivos									
Planeamento									
Execução									
Avaliação									
Elaboração do relatório Final									

### BIBLIOGRAFIA PRINCIPAL (Máx. 10 referências)

- Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI]. (2017). 25 Anos de Segurança Infantil em Portugal: Relatório de Avaliação, 2017. Acedido a 07 Novembro 2019, em: [http://apsi.org.pt/images/25anos/PDF/RELATORIO\\_SEG\\_INFANTIL\\_certo.pdf](http://apsi.org.pt/images/25anos/PDF/RELATORIO_SEG_INFANTIL_certo.pdf)
- Ferrito, C., Nunes, L. 6 Ruivo, A. (2010). Metodologia de projeto: colectânea descritiva de etapas. Percursos, nº1 29
- Ministério da Saúde, Direção-Geral de Saúde. (2016). Prevenção de Acidentes com Crianças e Jovens. In <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/prevencao-de-acidentes.aspx>
- Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Norma 010/2013, Lisboa: 31 Maio de 2013. Acedido a 25 de Outubro 2019, em: <https://www.dgs.pt/documentos-epublicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2010). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Lisboa: DG Acedido a 07 Novembro 2019, em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-deprevencao-de-acidentes.aspx>
- Moita, H. (2015). Um olhar sobre o desenvolvimento da criança em idade pré-escolar – Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro. Relatório de Estágio apresentado para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Saúde da Criança e do Jovem. Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém. Acedido 10 de Novembro em: <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/1485>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.
- Organização Mundial de Saúde. (2008). Recomendações para a prevenção dos acidentes com crianças. Acedido 02 Novembro 2019, em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/child/injury/world\\_report/Recommendations\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Recommendations_portuguese.pdf)
- Ramos, A. & Nunes, L. (2014). Criança em ambiente doméstico/familiar: consenso quanto aos fatores de risco de lesão não intencional. In Revista de Enfermagem Referência. Série IV – nº1 – Fevereiro/Março 2014, páginas 45-5 Acedido a 02 Novembro 2019, em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn1/serIVn1a06.pdf>

- Tibério, Lígia. (2019). Crianças Seguras, Famílias Seguras! – Lesões não Intencionais numa região do Alentejo em crianças até aos 4 anos de idade. Relatório de Estágio apresentado para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Instituto Politécnico de Setúbal. Universidade de Évora. Instituto Politécnico de Beja. Instituto Politécnico de Portalegre. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Acedido a 03 de Novembro de 2019 em:  
[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29332/1/Relatório%20Mestrado%20em%20Enfermagem%20-%20Lígia%20Tibério\\_%27Crianças%20Seguras%2c%20Famílias%20Felizes%21%27.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29332/1/Relatório%20Mestrado%20em%20Enfermagem%20-%20Lígia%20Tibério_%27Crianças%20Seguras%2c%20Famílias%20Felizes%21%27.pdf)

**Apêndice II – Instrução de Trabalho: “Promoção da Segurança Infantil no serviço de  
Pediatria – Levantamento de riscos e estratégias de resolução**

## INSTRUÇÃO DE TRABALHO

### Promoção de Segurança Infantil no Serviço de Pediatria – Levantamento de Riscos e Estratégias de Resolução

#### 1. OBJECTIVOS

Identificar riscos reais e potenciais para a segurança infantil, e definir estratégias de resolução de riscos para a segurança infantil no serviço de pediatria.

#### 2. ÂMBITO

Tem por base os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem emanados pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente no enquadramento conceptual 3 – O Ambiente<sup>1</sup>

Aplica-se ao serviço de Pediatria da ULSNA

##### 2.1 – DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

- PQ-08-ULSNA “Comunicação Interna e Externa de Incidentes”
- IT-01-ULSNA “Gestão de Incidentes”
- Orientação da Direcção Geral de Saúde - Proposta do Departamento de Qualidade na Saúde, nos termos da alínea a) do nº2 do artigo 2º do Decreto regulamentar nº14/2012, de 26 de Janeiro
- DGS, 2011 - Relatório Técnico – Estrutura Concetual da classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Lisboa.
- APSI: Associação para a Promoção da Segurança Infantil
- EUROSAFE: European Association for Injury Prevention and Safety Promotion

#### 3. DEFINIÇÕES

**SEGURANÇA DO DOENTE:** é a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção colectiva em fase do conhecimento actual, recursos disponíveis e no

contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo.<sup>2</sup>

**INCIDENTE DE SEGURANÇA DO DOENTE:** é um evento ou circunstancia que poderia resultar, ou resultou em dano desnecessário para o doente.<sup>2</sup>

**PREVENÇÃO:** Modificação do sistema para reduzir a probabilidade da ocorrência de eventos adversos e voltar a um nível de risco aceitável; qualquer tomada para reduzir a frequência e gravidade do risco.<sup>2</sup>

**AÇÕES PARA REDUZIR O RISCO:** são acções para reduzir, gerir ou controlar qualquer dano futuro, ou probabilidade de um dano, associado a um incidente. Estas acções podem afectar incidentes, factores contribuintes, detecção, factores atenuantes do dano ou acções de melhoria, e podem ser pro activas ou reactivas.<sup>2</sup>

**RISCO:** probabilidade de ocorrência de um incidente.<sup>2</sup>

**FACTOR CONTRIBUINTE:** uma circunstância, acção ou influência que se pesa ter desempenhado um papel na origem ou desenvolvimento de um incidente, ou aumentar o risco de acontecer um incidente.<sup>2</sup>

## SIGLAS

- DGS – Direção Geral de Saúde
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- UNICEF - United Nations Children´s Fund

## 3. DESCRIÇÃO

### 3.1 – OS ACIDENTES INFANTIS EM PORTUGAL

De acordo com a United Nations Children's Fund (UNICEF), todos os anos morre 1 milhão de crianças vítimas de acidente, sendo 90% destes decorrentes de lesões não intencionais. Os acidentes afetam crianças de todas as faixas etárias, mas o grupo que constitui maior risco são as crianças com idade inferior a 5 anos (2010)<sup>3</sup>.

Segundo dados estatísticos da Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes), em Portugal, a realidade é assustadoramente semelhante com os acidentes e as suas consequências a constituírem a principal causa de morte entre os 0 e os 19 anos (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2014).<sup>4</sup>

Estes números fatais traduzem o grave problema de saúde pública que os acidentes representam para a sociedade actual, já que todas estas mortes prematuras significam anos de vida potencialmente perdidos, anos em que as crianças e jovens não puderam crescer, aprender e, contribuir para a sociedade

Em Portugal, os traumatismos e as lesões são a principal causa de morte das crianças e dos adolescentes. Quando comparado com os 31 países que participaram nos Relatórios de Avaliação da Segurança Infantil 2012, Portugal ocupa o 7º lugar quanto às taxas de mortalidade por traumatismos e lesões nos rapazes e o 8º lugar para as raparigas.<sup>5</sup>

Para além dos casos fatais, os acidentes são ainda responsáveis por um elevado número de situações de deficiência e de incapacidade nos jovens, com repercussões profundas nas famílias em particular e na sociedade em geral.

A actual realidade que envolve o mundo dos acidentes infantis é fundamental para o delinear de estratégias de resolução. É necessário compreender não só os números, mas a propensão da sua ocorrência em crianças e jovens, a relação entre o tipo de acidente e as diferentes faixas etárias e o meio envolvente. É necessário compreender que a prevenção é uma realidade, só assim, se torna exequível caminhar para a construção de um mundo seguro para aqueles que representam o futuro.

### **3.2 – AS CRIANÇAS, OS ACIDENTES E O MEIO**

A ocorrência de elevada incidência de acidentes infantis deve-se, essencialmente, a uma desadequação entre o meio onde as crianças vivem e as próprias capacidades que apresentam. A sua vulnerabilidade específica, e própria da fase de desenvolvimento em que se encontram, quando conjugada com um meio inadequado, pode desencadear o acidente.

A aquisição de novas competências físicas aliadas a capacidades cognitivas e sensoriais diminuídas, com pouca compreensão dos riscos, e um meio envolvente rico em perigos, fazem das crianças propensas à ocorrência de vários tipos de acidentes.

À medida que a criança vai crescendo e desenvolvendo, as suas capacidades, os seus graus de dependência e de actividade vão-se transformando, e surgem novos riscos num meio feito por adultos e, muitas vezes, pensado para adultos.

O tipo de acidente está relacionado com a fase de desenvolvimento em que a criança se encontra, bem como a sua gravidade, possibilitando e exigindo o estabelecimento de medidas preventivas adequadas.

Neste sentido, as crianças não têm a capacidade por si só de evitar certos perigos que colocam em risco as suas vidas, tendo os adultos um papel fulcral na sua protecção e prevenção de acidentes. Assim, para além da educação precoce dos membros da sociedade no sentido da adopção de uma verdadeira cultura de segurança e boas práticas, é fundamental actuar directamente no meio que envolve as crianças tendo em conta as suas especificidades físicas, cognitivas e sensoriais, transformando-o num ambiente seguro e harmonioso, com o mínimo de riscos.

### **3.3 – AS CRIANÇAS E O MEIO HOSPITALAR**

Independentemente do contexto, existem perigos evidentes para a criança que devem ser estudados e controlados.

A instituição hospitalar, pelos propósitos que serve, apresenta características específicas ao nível da sua infra estrutura e organização, que constituem um grave risco para as crianças e jovens que ali se encontram internadas ou que ali se deslocam.

O variado leque de equipamento hospitalar, como seringas ou bombas infusoras, materiais de puericultura, berços, camas de grades, bem como a presença de produtos tóxicos, como medicamentos e desinfectantes levam a um aumento do risco de acidentes como intoxicações, asfixia, quedas ou lesões corporais. A vigilância e actuação têm que ser rigorosas, no que diz ao cumprimento das normas de segurança infantil conhecidas e, muitas delas, impostas pela União Europeia.<sup>6</sup>

A prevenção destas situações é fundamental, no sentido que permite evitar situações de lesões não intencionais nas crianças e jovens dentro de instituições, cujo principal propósito é salvaguardar o seu bem-estar e qualidade de vida futura.

Deste modo, como promotores da segurança infantil, é da responsabilidade dos profissionais que ali se encontram, a identificação de riscos reais e potenciais dentro da instituição em geral e de cada serviço em particular, tendo em conta as particularidades da

população e a dinâmica organizacional, no sentido, de discutir e definir estratégias preventivas de incidentes de segurança infantis.

Na promoção da segurança infantil é crucial não só, a possibilidade de alteração da estrutura física e da dinâmica de trabalho, como também a adopção de comportamentos de segurança pelos próprios profissionais, contribuindo para a implementação de boas práticas.

### 3.3.1 – LEVANTAMENTO DE RISCOS NO SERVIÇO DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DRº JOSÉ MARIA GRANDE

O serviço de pediatria apresenta variadas características físicas e organizacionais que podem constituir um verdadeiro risco para a criança.

A consciencialização dos riscos na área da segurança infantil por parte dos profissionais desencadeou uma nova visão sobre a infra-estrutura e organização do serviço, conduzindo ao levantamento de riscos reais e potenciais existentes, de modo à prevenção de situações inesperadas, mas previsíveis, de acidentes num local que se exige como seguro e promotor da saúde infantil.

Após uma análise cuidada ao serviço de internamento, com base na observação e no estudo criterioso de dados estatísticos e das medidas preventivas aconselhadas pela evidência científica, e com a colaboração do elo de ligação da Gestão do Risco da ULSNA, foram levantados alguns riscos eminentes na área de circulação para crianças e famílias (enfermarias, corredor, casas de banho e sala de estar), e propostas estratégias de resolução.

Risco	Especificação	Estratégias de Resolução
	Camas de grades não homologadas pela união Europeia - norma EN1130:1996	- Adquirir camas de grades que cumpram as normas de segurança europeias – norma EN1130:1996. - As grades devem ter no mínimo 60cm de altura e a distância entre as mesmas deve ser entre 4,5 e 6,5cm, evitando quedas e situações de asfixia ou estrangulamento,
	Distância entre as grades das camas superior aos 6cm recomendados	- Quando a criança tiver mais de 90cm de altura ou começar a tentar sair sozinha da cama de grades deve passar a dormir numa cama baixa com protecção lateral.
	Grades das camas não subidas na sua totalidade, quando a	Subir e travar eficazmente as grades da cama, na posição mais alta

<b>Queda</b>	criança se encontra no seu interior	
	Camas em posição elevada	Colocar a cama na posição mais baixa possível, de modo a diminuir as consequências de uma eventual queda
	Pavimento escorregadio das instalações sanitárias	Equipar as instalações sanitárias com pavimento antiderrapante de forma a evitar quedas
	Poliban de difícil acesso a cadeiras de rodas e com escoamento ineficaz	Poliban com sistema de drenagem de água adequado e com chão antiderrapante e sem barreiras arquitectónicas que impossibilitem o seu acesso.
	-Colchões demasiado elevados para as camas de grades, diminuindo a distância recomendada de mais de 60cm entre o estrado e o bordo superior das grades.	- Utilizar colchões firmes e bem adaptados aos berços/camas. O colchão não deve diminuir a altura mínima das grades (60cm).
	Balança inadequada para crianças totalmente dependentes/acamadas	Utilização de balança adequada para crianças totalmente dependentes/acamadas
<b>Queda</b>	Colocação da cadeirinha (cadeira de automóvel) sobre cadeiras, cadeirões e mesas	Verificar se a cadeirinha cumpre a norma ECE R44.03. Nunca colocar um bebé numa cadeirinha sobre superfícies instáveis, como mesas, cadeiras ou cadeirões, pois pode balançar e cair. Colocar de preferência no chão sobre um lençol ou adaptado ao carrinho.
	Pavimento do corredor com buracos	Pavimento do corredor íntegro, estável, e antiderrapante.
	Inexistência de suportes laterais no muda fraldas	Colocação de suportes laterais no muda fraldas
	Cadeiras de plástico, com pouca estabilidade nas enfermarias	Existência de cadeiras adequadas e estáveis
	Janela abertas	Janelas sempre fechadas à chave
<b>Intoxicações</b>	Produtos de higiene ao alcance da criança, encontrando-se no chão do poliban	Colocação dos produtos de higiene numa prateleira fora do alcance das crianças
	Solutos de limpeza na sala dos sujos, de fácil acesso	Colocação dos solutos de limpeza na sala dos sujos num local fechado, fora do alcance das crianças, com a porta da sala devidamente fechada

<b>Lesões Corporais</b>	Porta da sala de tratamento quase sempre aberta	Porta da sala de tratamento devidamente fechada e de acesso restrito aos profissionais. Armário com sistema de bloqueio para crianças. Não retirar os rótulos das embalagens dos produtos tóxicos, como medicação, desinfectantes ou produtos de limpeza, Mantendo-os dentro da embalagem original.
	Existência de mobiliário, como móveis, bancadas e gavetas e portas com cantos agressivos ao nível dos olhos e cabeça da criança, sem protecção	Colocação de protectores de canto nos móveis, bancadas e gavetas que se encontram ao nível das crianças
	Existência de puxadores de portas pontiagudos	Portas com puxadores com arestas arredondadas, com protectores de dedos para evitarem situações de lesões nos dedos por parte das crianças
<b>Lesões Corporais</b>	Existência de suporte de soros instáveis e de difícil manuseamento junto à cabeceira da criança	Aquisição de suporte de soros estáveis de fácil manuseamento, com 5 pés (maior estabilidade)
	Inexistência de armários devidamente presos à parede	Existência de armários devidamente presos à parede de forma a evitar a queda para cima das crianças
	Inexistência de barras de apoio junto à sanita e lavatório para apoio	Existência de barras de apoio junto à sanita e lavatório para a criança com necessidade apoiar-se.
	Existência de plano elevatório em madeira para cabeceira da cama	Existência de apoio em ângulos próprios, feito de material liso e leve para elevação da cabeceira da cama
<b>Asfixia ou estrangulamento</b>	Existência de fios de campainhas ao nível das crianças	Existência de fios de campainhas a nível superior para que crianças até aos 5 anos não lhe cheguem
	Existência de rampas de oxigénio e sistema de aspiração de secreções próximo da	Existência de rampas de oxigénio e de sistemas de aspiração de secreções fora do alcance das crianças, mas de fácil acesso aos profissionais de saúde.

	cabeceira das camas e de fácil acesso às crianças	
--	---	--

Importa referir que o levantamento de potenciais riscos foram observados e registados, bem como o seguimento de estratégias de resolução, de acordo com as propostas de Estados-membros da União Europeia. Estas normas de segurança visam dar resposta aos inúmeros acidentes graves, ou mesmo fatais, que ocorrem em ambientes hospitalares, mais especificamente no serviço de Pediatria.

Deste modo, todas estas propostas de estratégias de resolução têm como propósito introduzir requisitos de segurança destinados a melhorar e promover a segurança no serviço de internamento, reduzindo situações de apresamento, quedas, asfixia ou estrangulamento, intoxicações ou lesões corporais.

Os profissionais de saúde, nomeadamente os profissionais de enfermagem representam um papel activo e fundamental no que concerne à promoção de ambientes seguros às crianças, patenteando uma verdadeira cultura de boas práticas.

Para além da partilha de informação com outros profissionais, no sentido de, discutir ideias e definir estratégias, eles são cruciais na transmissão de informação aos pais/família, criança e sociedade. É da sua responsabilidade, o *empowerment* dos primeiros e principais prestadores de cuidados na área da segurança infantil, os pais, promovendo ensinamentos e satisfazendo dúvidas, tendo em conta a etapa do desenvolvimento da criança e as suas especificidades físicas e cognitivas, e a própria situação socioeconómica da família em questão.

Como elementos de referência da sociedade onde vivem, os profissionais devem ainda adoptar eles próprios comportamentos de boas práticas que podem, e devem, servir de exemplo aos restantes cidadãos.

Importa referir que o enfermeiro especialista ESIP negocia a participação da criança e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar, procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde, assim como identifica situações de risco para a criança, e sensibiliza os pais, cuidadores e profissionais para o risco de comportamentos promotores de acidentes. Facilita também a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança e família (OE, 2018).<sup>7</sup>

#### 4- ACTUAÇÃO

Em caso de incidente de segurança infantil durante o período em que a criança ou jovem está internado no Serviço de Pediatria é recomendado a notificação através da aplicação SAGRIS, ou através do MOD.17.ULSNA “Formulário de Comunicação de Incidente” de acordo com o PQ-08-ULSNA e IT-01-ULSNA ou através do [notifiQ@](mailto:notifiQ@) no site da DGS.

## 5- RESPONSABILIDADES

Acção	Responsável
Avaliação do risco de incidente de segurança infantil	Profissional de saúde do serviço de Pediatria
Registo da avaliação do incidente	Profissional de saúde do serviço de Pediatria
Notificar no caso de incidente	Profissional de saúde do serviço de Pediatria

## 6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Ordem dos enfermeiros. 2001. Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento conceptual, Enunciados Descritivos. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- 2- Direção-Geral da Saúde. 2011. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Acedido em <https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=001100150133AAAAAAAAAAAA>
- 3- United Nations Children’s Fund [UNICEF] (2010). Why is important to share and act on information about injury prevention. Facts for life, 4, 163 – 177. Disponível em: <http://www.factsforlifeglobal.org/resources/factsforlife-en-full.pdf>.
- 4- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Departamento de Epidemiologia (2014). *Evita 2009 – 2012, Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes*. Relatório 2009 – 2012. Lisboa: INSA. Disponível em: [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2449/3/INSA-Relatorio\\_EVITA\\_2009-2012.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2449/3/INSA-Relatorio_EVITA_2009-2012.pdf)

- 5- Perfil de Segurança Infantil do País (2012). Portugal: Eurofase. Disponível em [file:///C:/Users/master/Desktop/mestrado/ambiente%20seguro%20internament o/RelatriodeAvaliaodeSeguranaInfantil\\_2012.pdf](file:///C:/Users/master/Desktop/mestrado/ambiente%20seguro%20internament o/RelatriodeAvaliaodeSeguranaInfantil_2012.pdf)
- 6- A Guide to Child Safety Regulations and Standards in Europe (2003). European Child Safety Alliance. Disponível em <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd30/child.pdf>
- 7- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2.ª Série, Nº 133, 19192-19194. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE APOIO

- Associação para a Promoção de Segurança Infantil [APSI] (2014). Quedas em crianças e jovens: um estudo retrospectivo (2000 – 2013) – Reedição, revista e adaptada Relatório Final – Novembro de 2014. Disponível em: <https://www.apsi.org.pt/files/APSI%20-Campanha%20das%20Quedas/APSI%20-%20Estudo%20Quedas%202000-2013%20-%20Relatorio%20Final.pdf>.
- Despacho n.º 1400-A/2015 de Fevereiro do Ministério da Saúde, Pub. L. no. Diário da República: II Série, n.º 28 (2015) Disponível em: [http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Fevereiro/Desp\\_1400A\\_2015.pdf](http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Fevereiro/Desp_1400A_2015.pdf)
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2013). Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. Norma da direção-geral da saúde nº 010/2013. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong's Fundamentos Enfermagem Pediátrica* (9th ed.). Elsevier.

- Organização Mundial de Saúde. (n.d.). Relatório Mundial Sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/child/injury/world\\_report/Falls\\_p\\_ortuguese.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Falls_p_ortuguese.pdf)
- Plano de Acção para a Segurança Infantil – 2012-2016 (2011). Conhecer os Riscos, Criar Ambientes Seguros, Minimizar os Acidentes. Disponível em: [http://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI\\_2011.pdf](http://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI_2011.pdf)

**Apêndice III – Planeamento Formação em serviço - Serviço de Internamento**

## PLANO DE SESSÃO

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALGARVE - ULSN

### REGISTO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

O SFHID RESERVA-SE O DIREITO DA NÃO EMISSÃO DOS CERTIFICADOS SEMPRE QUE O FORMULÁRIO NÃO ESTEJA PREENCHIDO DE FORMA LEGÍVEL

#### 1 – PLANO DE SESSÃO

<b>Ação de Formação:</b>	Promoção Segurança Infantil – Levantamento de Riscos e Estratégias de Resolução	<b>Serviço:</b>	Serviço de Pediatria
<b>Destinatários:</b>	Equipa multidisciplinar do Serviço de Pediatria	<b>Data:</b> (00.00.0000)	27/06/2019
<b>Formador:</b> <small>(Quando Aluno, deve ser supervisionado pelo Tutor)</small>	Filipa Pinto (Aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria)	<b>Hora Início:</b> (00.00h)	14
<b>Tutor:</b>	Bebiana Ferreira (Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria)	<b>Hora Fim:</b> (00.00h)	16
<b>Local de realização:</b>	Sala de Enfermagem do Serviço de Pediatria	<b>Duração:</b>	
<b>A acção de formação estava contemplada em Plano</b>	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NAO .....	<b>Justificação:</b>	Necessidade inerente do serviço

**Objectivos gerais** Reforçar a importância da Promoção Infantil  
 Uniformizar conceitos e Cuidados de enfermagem sobre a promoção da segurança infantil  
(Indique a pertinência do tema para o serviço e para a população alvo)

**Objectivos específico**  
(Indique os objectivos que se pretendem atingir, para o serviço, com esta acção formativa)  
 5 Identificar riscos reais e potenciais para a segurança infantil no serviço de Pediatria  
 Definir estratégias de resolução de riscos para segurança infantil

**Apêndice IV – Divulgação da Formação em Serviço – Serviço de internamento**

Serviço de Internamento de Pediatria

## FORMAÇÃO EM SERVIÇO

# **Promoção da Segurança Infantil – Serviço de Pediatria**

## **Levantamento de riscos e estratégias de resolução**

**Preletores:** Enf<sup>a</sup> Filipa Pinto (AMEESIP) e Enf<sup>a</sup> Bebiana

**Destinatários:** Equipa multidisciplinar

**Data:** 18/06/2019

**Hora:** 14.30 H

**Local:** Serviço de Pediatria

**Apêndice V – Diapositivos da formação em Serviço- Serviço de Internamento**

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Escola Superior de Saúde  
Dr. Lopes Dias

## Estágio I

Serviço de Internamento de Pediatria  
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

### Promoção de Segurança Infantil Levantamento de Riscos e Estratégias de Resolução



Aluna MEEESIP: **Filipa Pinto**  
Enf<sup>a</sup> EEESIP: **Bebiana Ferreira**

27 de Junho, 2019

## Objetivos:



- Reforçar a importância da Promoção da Segurança Infantil;
- Uniformizar Conceitos e Cuidados de Enfermagem sobre Promoção da Segurança infantil;
- Identificar riscos reais e potenciais para a Segurança Infantil existentes no serviço de Pediatria;
- Definir estratégias de resolução de riscos para a Segurança Infantil no serviço de Pediatria.

## Sumário

- Objetivos;
- Acidentes Infantis em Portugal;
- As crianças, os Acidentes e o Meio;
- A Criança e o Meio Hospitalar;
- Riscos identificados no serviço de Pediatria;
- Estratégias de Resolução;
- Co-responsabilização de todos;
- Conclusão;
- Referencias Bibliográficas.



Apesar de uma redução significativa no número de mortes por acidentes nos últimos anos, estes continuam a ser responsáveis por mais de 25% do total das mortes de crianças e adolescentes.



**Grave Problema de Saúde Pública**



Anos de vida potencialmente perdidos... anos em que as crianças não puderam crescer, aprender e, finalmente, contribuir para a sociedade!



## Os Acidentes Infantis em Portugal

- Todos os anos morrem milhares de crianças, vítimas de acidentes, através de quedas, afogamentos, queimaduras, intoxicações, asfixia ou acidentes rodoviários.
- 90% destes acidentes são decorrentes de lesões não intencionais
- Os acidentes afetam crianças de todas as faixas etárias, mas o grupo que constitui maior risco são as crianças com idade inferior a 5 anos (UNICEF, 2010)
- Em **Portugal**, a realidade é assustadoramente semelhante com os acidentes e as suas consequências a constituírem a principal causa de morte infantil (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2014). Os traumatismos e as lesões são a principal causa de morte das crianças e dos adolescentes.
- Quando comparado com os 31 países que participaram nos Relatórios de Avaliação da Segurança Infantil 2012, Portugal ocupa o **7º lugar quanto às taxas de mortalidade por traumatismos e lesões nos rapazes e o 8º lugar para as raparigas.** (Eurofase, 2012)

Consciencialização  
do Mundo dos  
Acidentes

Estratégias de  
Resolução  
efetivas



## As crianças, os Acidentes e o Meio

A elevada incidência de **acidentes infantis** deve-se a uma desadequação entre o meio em que as crianças se encontram e as próprias capacidades que apresentam.

O diagrama ilustra a relação entre vulnerabilidade, acidentes e meio inadequado através de uma escada ascendente formada por linhas brancas com bordas vermelhas. Os três degraus são rotulados, de baixo para cima: 'Vulnerabilidade especificidade', 'Acidente' e 'Meio Inadequado'. No canto superior direito, há uma barra de logotipos com o texto 'MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO' e outros logos de instituições parceiras.

À medida que a criança vai crescendo, as suas capacidades, os seus graus de dependência e de atividade vão se alterando, e novos riscos vão surgindo num meio feito por adultos e, muitas vezes, pensado para adultos.



**Circunscritos às características próprias da idade, as crianças não têm capacidade por si só de evitarem certos perigos, sendo da responsabilidade dos adultos atuar em conformidade e protege-las de acidentes:**

- Educação precoce para a adoção de uma cultura de segurança, promotora de boas práticas;
- Da adaptação do meio envolvente, tornando-o num ambiente seguro para a criança.

(APSI, 2014)



## A Criança e o Meio Hospitalar

Qualquer meio, independentemente do seu contexto, pode apresentar perigos para a criança que devem ser estudados e controlados.

A **Instituição Hospitalar** apresenta características específicas que podem constituir um grave risco para as crianças e jovens que nela se encontram

**Produtos Tóxicos**

**Equipamento Hospitalar**

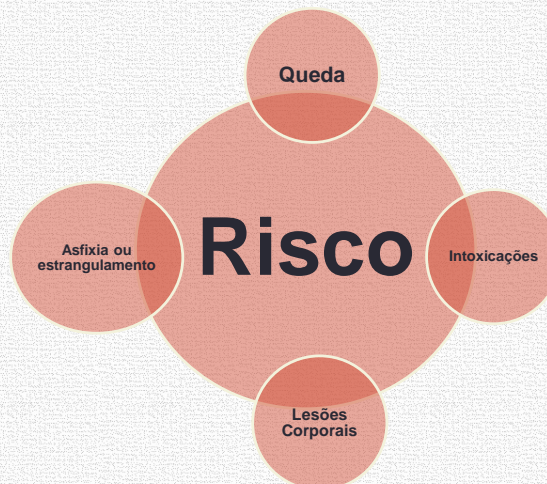
**Berços/ camas de grades**

**Vigilância e atuação rigorosa por parte dos profissionais de saúde**

É da responsabilidade dos profissionais a **identificação de riscos reais e potenciais dentro da instituição** em geral e de cada serviço em particular, tendo em conta a população e a dinâmica organizacional, no sentido de **definir estratégias preventivas de acidentes infantis**.


- Alteração da estrutura física;
- Alteração da dinâmica de trabalho;
- **Adoção de comportamentos de segurança pelos próprios profissionais de saúde.**

## Serviço de Pediatria



Risco	Especificação	Estratégias de Resolução
Queda	Camas de grades não homologadas pela UE- norma EN1130:1996	- Adquirir camas de grades que cumpram as normas de segurança europeias – norma EN1130:1996.
	Distância entre as grades das camas superior aos 6cm recomendados	- As grades devem ter no mínimo 60cm de altura e a distância entre as mesmas deve ser entre 4,5 e 6,5cm, evitando quedas e situações de asfixia ou estrangulamento, - Quando a criança tiver mais de 90cm de altura ou começar a tentar sair sozinha da cama de grades deve passar a dormir numa cama baixa com proteção lateral.
	Grades das camas não subidas na sua totalidade, quando a criança se encontra no seu interior	Subir e travar eficazmente as grades da cama, na posição mais alta
	Camas em posição elevada	Colocar a cama na posição mais baixa possível, de modo a diminuir as consequências de uma eventual queda
	Colchões demasiado elevados para as camas de grades, diminuindo a distância recomendada de 60cm entre o estrado e o bordo superior das grades.	- Utilizar colchões firmes e bem adaptados aos berços/camas. O colchão não deve diminuir a altura mínima das grades (60cm).
	Pavimento escorregadio das instalações sanitárias	Equipar as instalações sanitárias com pavimento antiderrapante de forma a evitar quedas
	Poliban de difícil acesso a cadeiras de rodas e com escoamento ineficaz	Poliban com sistema de drenagem de água adequado e com chão antiderrapante e sem barreiras arquitetónicas que impossibilitem o seu acesso.


Risco	Especificação	Estratégias de Resolução
Queda	Inexistência de cadeira/banco de banho	Aquisição de cadeira/banco de banho para crianças/jovens com necessidades específicas
	Pavimento do corredor com buracos	Pavimento do corredor íntegro, estável, e antiderrapante.
	Cadeiras de plástico, com pouca estabilidade nas enfermarias	Existência de cadeiras adequadas e estáveis
	Inexistência de proteções laterais no muda fraldas	Colocação de suportes laterais nos muda fraldas
	Colocação da cadeirinha (cadeira de automóvel) OU espreguiçadeiras sobre cadeiras, cadeirões, mesas e bancadas	Verificar se a cadeirinha cumpre a norma ECE R44.03. Nunca colocar um bebé numa cadeirinha sobre superfícies instáveis, como mesas, cadeiras ou cadeirões, pois pode balançar e cair. Colocar de preferência no chão sobre um lençol ou adaptado ao carrinho.
	Cadeira de transporte sem cintos colocados, apresentando um sistema de retenção ineficaz.	Colocação sempre de cintos de segurança em todas as crianças transportadas na cadeira de transporte.




Risco	Especificação	Estratégia de Resolução
Intoxicações	Produtos de higiene ao alcance da criança, encontrando-se no chão do políbio	Colocação dos produtos de higiene numa prateleira fora do alcance das crianças
	Soluto de limpeza na sala dos sujos, de fácil acesso	Colocação dos solutos de limpeza na sala dos sujos num local fechado, fora do alcance das crianças, com a porta da sala devidamente fechada
	Porta da sala de tratamento quase sempre aberta	Porta da sala de tratamento devidamente fechada e de acesso restrito. Armário com sistema de bloqueio para crianças. Não retirar os rótulos das embalagens dos produtos tóxicos, como medicação, desinfetantes ou produtos de limpeza, mantendo-os dentro da embalagem original.



Risco	Especificação	Estratégia de resolução
Lesões Corporais	Existência de mobiliário, como móveis, bancadas e gavetas e portas com cantos agressivos ao nível dos olhos e cabeça da criança, sem proteção	Colocação de protetores de canto nos móveis, bancadas e gavetas que se encontram ao nível das crianças
	Existência de puxadores de portas pontiagudos	Portas com puxadores com arestas arredondadas, com protetores de dedos para evitarem situações de lesões nos dedos por parte das crianças
	Existência de suporte de soros instáveis e de difícil manuseamento junto à cabeceira da criança	Aquisição de suporte de soros estáveis de fácil manuseamento, com 5 pés (maior estabilidade)
	Inexistência de armários devidamente fixos à parede	Existência de armários devidamente fixos à parede de forma a evitar a queda para cima das crianças
	Inexistência de barras de apoio junto à sanita e lavatório para apoio	Existência de barras de apoio junto à sanita e lavatório para a criança com necessidade apoiar-se.
	Existência de plano elevatório em madeira para cabeceira da cama	Existência de apoio em ângulos próprios, feito de material liso e leve para elevação da cabeceira da cama
	Manipulação de objetos cortantes e perfurantes junto das crianças/jovens	Manipulação cuidada e segura de objetos cortantes e perfurantes junto das crianças/jovens.



Risco	Especificação	Estratégia de Resolução
Asfixia ou estrangulamento	Existência de fios de campainhas ao nível das crianças	Existência de fios de campainhas a nível superior para que crianças até aos 5 anos não lhe cheguem
	Existência de rampas de oxigénio e sistema de aspiração de secreções próximo da cabeceira das camas e de fácil acesso às crianças	Existência de rampas de oxigénio e de sistemas de aspiração de secreções fora do alcance das crianças, mas de fácil acesso aos profissionais de saúde.



Enquanto que algumas das estratégias descritas anteriormente se traduzem em meras alterações de atitudes e comportamentos, outras exigem recursos económicos de forma a serem implementadas.

A identificação de riscos reais e potenciais do serviço e a proposta de algumas medidas corretivas demonstram-se cruciais, representando um primeiro passo no longo caminho que revela ser a PROMOÇÃO da SEGURANÇA INFANTIL no mundo atual.



## Segurança Infantil: Uma Co-responsabilização

A complexidade inerente á área da segurança infantil contrasta com a simplicidade da sua promoção.

A implementação de medidas preventivas básicas é suficiente para reduzir drasticamente os números trágicos que acompanham os acidentes infantis.

Intervenção prioritária por parte do Governo, dos profissionais de saúde, dos pais/ família... e da sociedade em geral

**A SEGURANÇA INFANTIL É UMA RESPONSABILIDADE DE TODOS NÓS!**



Ao **Governo** exige-se:

- O desenvolvimento e implementação de uma estratégia nacional, na qual se incluem objetivos específicos relacionados com a segurança das crianças e adolescentes;
- O providenciar de recursos financeiros para apoio à investigação relacionada com a segurança infantil, para a manutenção e melhoramento das infra estruturas e, ainda, para o desenvolvimento de competências já existentes.

Aos **Profissionais de Saúde** exige-se:

- A promoção de uma cultura de boas práticas;
- A partilha de informação com outros profissionais, no sentido de discutir ideias e definir estratégias

**... sendo fundamentais na transmissão de informação aos pais/família, criança e sociedade**

## Atuação



- Prevenção, Prevenção, Prevenção...
- Em caso de incidente, Atuar na sua resolução;
- Notificação (Aplicação Sagris - ou NotificaNet DGS)

**RESPONSABILIDADE DE TODOS!**

**“Só o trabalho conjunto destes intervenientes permitirá alterar estatísticas e contribuir para a promoção da saúde e bem estar dos que dele dependem”**

(Gomes Pedro, 1997)



## Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Negoceia a participação da criança e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar, procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde, assim como identifica situações de risco para a criança, e sensibiliza os pais, cuidadores e profissionais para o risco de comportamentos promotores de acidentes.

Facilita também a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança e família.

(OE, 2018)

## Conclusão

### Segurança versus Qualidade



Garantia de Segurança na prestação de Cuidados é um indicador de Qualidade em Saúde e que sem Segurança não podem existir Cuidados de Saúde com Qualidade

(MS, 2015; Fragata, 2011).

## Referências Bibliográficas



Associação para a Promoção de Segurança Infantil [APSI] (2014). Quedas em crianças e jovens: um estudo retrospectivo (2000 – 2013) – Reedição, revista e adaptada Relatório Final – Novembro de 2014. Disponível em: <https://www.apsi.org.pt/files/APSI%20-Campanha%20das%20Quedas/APSI%20-%20Estudo%20Quedas%202000-2013%20-%20Relatorio%20Final.pdf>.

A Guide to Child Safety Regulations and Standards in Europe (2003). European Child Safety Alliance. Disponível em <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd30/child.pdf>

Despacho n.º 1400-A/2015 de Fevereiro do Ministério da Saúde, Pub. L. no. Diário da República: II Série, n.º 28 (2015) Disponível em: [http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Fevereiro/Desp\\_1400A\\_2015.pdf](http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Fevereiro/Desp_1400A_2015.pdf)

Direção-Geral da Saúde. 2011. Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Acedido em <https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=001100150133AAAAAAAAAAAA>

United Nations Children's Fund [UNICEF] (2010). Why is important to share and act on information about injury prevention. Facts for life, 4, 163 – 177. Disponível em: <http://www.factsforlifeglobal.org/resources/factsforlife-en-full.pdf>.

Direção Geral da Saúde [DGS] (2013). Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. Norma da direção-geral da saúde nº 010/2013. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Fragata, J. (2011). Segurança dos Doentes - Uma Abordagem Prática. LIDEL

Gomes Pedro, João – Educar para prevenir. Acta Pediátrica Portuguesa. Vol 28, nº6 (Nov/Dez 1997)

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong's Fundamentos Enfermagem Pediátrica* (9th ed.). Elsevier.

## Referências Bibliográficas



Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Departamento de Epidemiologia (2014). *Evita 2009 – 2012, Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes*. Relatório 2009 – 2012. Lisboa: INSA. Disponível em: [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2449/3/INSA-Relatorio\\_EVITA\\_2009-2012.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2449/3/INSA-Relatorio_EVITA_2009-2012.pdf)

Ministério da Saúde. (2015). Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República, 2ª Série, 28, de 10 de fevereiro. 3882-(2) – 3882-(10)

Ordem dos enfermeiros. 2001. Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento conceptual, Enunciados Descritivos. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2.ª Série, Nº 133, 19192-19194. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (n.d.). Relatório Mundial Sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/child/injury/world\\_report/Falls\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Falls_portuguese.pdf)

Perfil de Segurança Infantil do País (2012). Portugal: Eurofase. Disponível em [file:///C:/Users/master/Desktop/mestrado/ambiente%20seguro%20internamento/RelatriodeAvaliaodeSeguranainfantil\\_2012.pdf](file:///C:/Users/master/Desktop/mestrado/ambiente%20seguro%20internamento/RelatriodeAvaliaodeSeguranainfantil_2012.pdf)

Plano de Acção para a Segurança Infantil – 2012-2016 (2011). Conhecer os Riscos, Criar Ambientes Seguros, Minimizar os Acidentes. Disponível em: [http://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI\\_2011.pdf](http://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI_2011.pdf)

**Apêndice VI – Avaliação da Formação em Serviço**

Serviço de Internamento de Pediatria

**MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO**



### Questionário de Avaliação da Sessão Formação em Serviço

**Tema:** Promoção da Segurança Infantil

**Local:** Serviço de Pediatria

**Data:** 27/06/2019 **Duração:** 2 horas

Tendo em conta as suas expectativas iniciais, pedimos-lhe que responda a este questionário de avaliação da secção

O questionário é anónimo, voluntário, não sendo possível a sua extrapolação para qualquer outro tipo de finalidade.

Pedimos-lhe que numa escala de 1 a 5, em que **1 Significa Muito Insatisfeito, 2 Insatisfeito, 3 Satisfeito, 4 Bom e 5 Muito Bom**, avalie a secção formativa e os formadores.

	<b>Avaliação</b>
Pertinência do tema	
Objetivos	
Conteúdos abordados	
Aprofundamento do tema	
Método de apresentação	
Formadores	

Quais os aspectos que considera necessário melhor ou incluir nesta formação?

Obrigada, 27 de Junho, 2019

Apêndice VII – **Folheto informativo: Prevenir também é Cuidar**

Esteja preparado para agir:

Tenham sempre por perto o telemóvel com os números de emergência, e se possível, aprendam o básico em primeiros socorros.

Eslareça todas as suas dúvidas com o enfermeiro.

São gestos que podem salvar uma vida.

Visite estes sites com o seu/sua filho/a:

[www.arsl.org.pt](http://www.arsl.org.pt)  
[www.tiopi.com](http://www.tiopi.com)

Telefones úteis:

Número nacional de emergência: 112  
Saúde 24: 808 24 24 24  
SOS Criança: 800 206 651  
Bombeiros Voluntários Évora: 266702122  
Hospital Espírito Santo - Évora: 266740100

Realizado por:

Enfª Filipa Pinto (Estudante EESIP)

Profª Doutora Ana Ramos

Enfª Especialista Dina Morganheira

## Quedas 0 – 3 anos

Os traumatismos e ferimentos devido a quedas são a maior causa de morte e incapacidade nas crianças e jovens do nosso país.

Os perigos vão aumentando à medida que a criança cresce e se desenvolve






Prevenir também é Cuidar

Ajude o seu filho a crescer em SEGURANÇA






É simples... Está nas suas mãos

Existem algumas medidas importantes a ter em consideração, que podem salvar a vida do seu filho

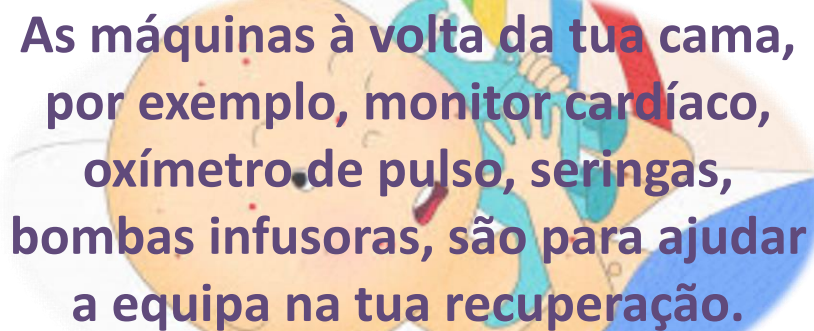
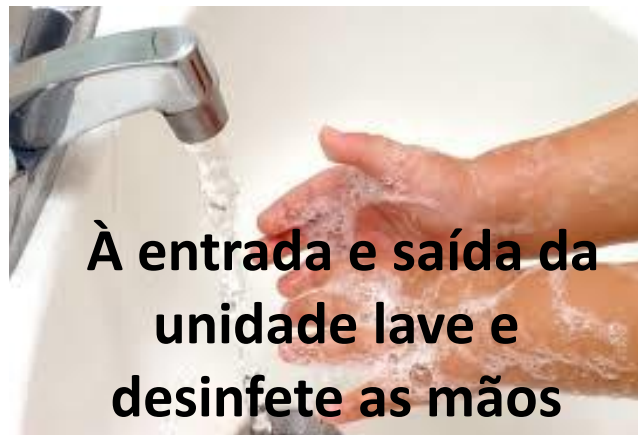
### Até aos 12 meses:

- Deve reunir tudo o que necessita antes de colocar a criança na cama, sofá e muda fraldas, não a deixe a sozinha nem por uns segundos, a supervisão é essencial 
- Supervisione sempre que outras crianças peguem no bebé.
- Mantenha os cintos da cadeirinha, e espreguicadeira sempre colocados.
  - Coloque a cadeirinha, ovo ou alcafoa sempre no chão e nunca sobre móveis.
  - Mantenha a cadeira de alimentação de preferência encostada à parede e sempre com o cinto apertado. Se usar uma cadeira de plástico, na mesa, esta deve ficar bem fixa, a mesa deve ser estável, pesada e sem tampo de vidro e nunca coloque uma cadeira por baixo.
- Não pendure sacos nas pegos do carrinho pois este pode cair para trás.
- Não desça escadas com o carrinho de passeio, use elevadores ou rampas. 
- Coloque material antiderrapante nos tapetes.
- Utilize preferencialmente sapatos apertados e fechados nas crianças.
- Coloque fixação dos móveis à parede e proteja os cantos mais agressivos do mobiliário.
- Mantenha televisões, aquários ou outros objetos pesados e instáveis o mais recuado possível, para evitar que a criança puxe e lhe caia em cima.
- Coloque proteção, gradeamento no topo e início das escadas, sendo que a do topo da escada deve ser aparafusada à parede, para que não caia se a criança a empurrar ou tentar trepar. As cancelas devem cumprir as normas de segurança, não devem ser escaláveis, os intervalos entre as barras não podem ser superiores a 6cm e o topo deve ser liso. 
- As varandas ou terraços devem ser equipadas com gradeamento de barras verticais, onde a criança não consiga passar nenhuma parte do corpo.
  - Não coloque móveis, que as crianças possam trepar, junto de janelas.

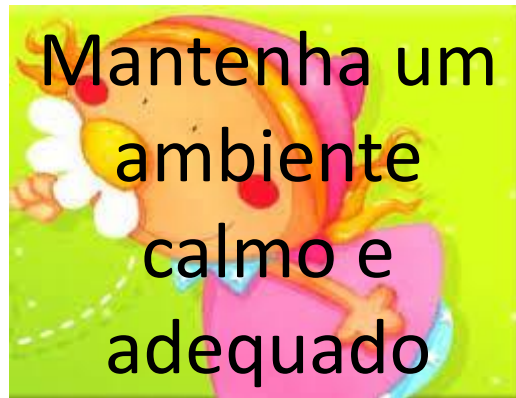
### 1-3 anos de idade

- Todas as medidas anteriores 
- Tenha especial atenção e cuidado com as brincadeiras como pular da cama ou do sofá.
  - Ensine a criança a subir e descer escadas.
- Não utilizar andarrilhos, voadores ou aranhas, estão desadequados ao desenvolvimento na marcha e aumentam o risco de lesões. 
- Os brinquedos não devem ficar espalhados.
- Deve verificar se a proteção da varanda ou terraço tem pelo menos 110cm de altura e aberturas inferiores a 9cm. As grades não podem ser horizontais. Não deixe cadeiras, brinquedos ou vasos na varanda, podem ser utilizados para trepar 
- Coloque limitadores de abertura nas janelas e nunca coloque perto móveis que permitam que a criança suba.
- Coloque proteções laterais na cama e ensine a criança a descer de barriga para baixo 
- Em locais ao ar livre, como parques infantis, escolha espaços e equipamentos em bom estado de conservação, sem peças partidas ou em falta, e com um piso que amortee as quedas.
- Os sapatos devem ser bem presos aos pés, os chinélos aumentam o risco de queda 

**Apêndice VIII – Informações para a Unidade Internamento de Curta Duração**



**As máquinas à volta da tua cama, por exemplo, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, seringas, bombas infusoras, são para ajudar a equipa na tua recuperação.**

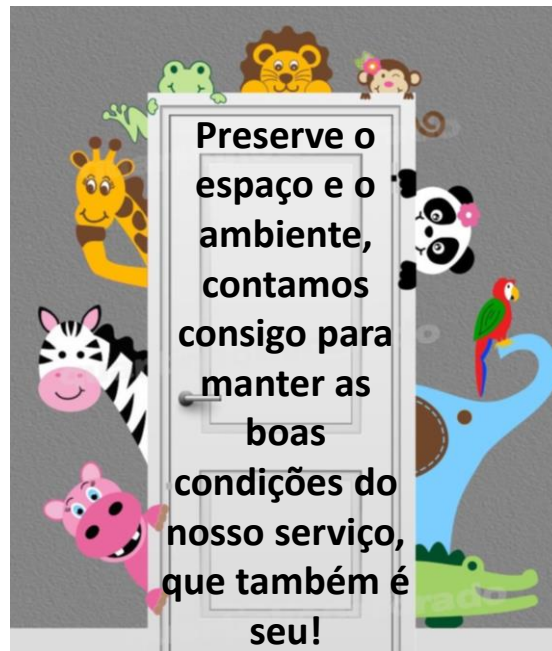


**Mantenha-se  
junto  
da criança**



**Quando se ausentar do  
serviço, por favor avise  
o enfermeiro**





**Nunca deixe a criança sem supervisão**



**Apêndice IX – Póster Segurança Infantil: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

### Meus queridos AVÓS...

Ainda sou muito pequenino, mas a vossa atenção, carinho, amor e preocupação por mim e pelos meus pais é muito importante...

Ao vosso lado sinto proteção e segurança, e tanto tanto amor...

Mas devem seguir algumas regras e alguns cuidados para a minha prote-



Ao entrar e sair da Unidade de Neonatologia, devem SEMPRE higienizar as mãos (lavar com água e sabão). Isso assegura a vossa proteção e a minha. Evitam o equipamento de proteção individual (bata, luvas e máscara)

Respeitem o meu sono, não me acordem...

*"Agora, enquanto sou muito pequenino preciso de descansar, dormir, repor todas as minhas energias para ficar FORTE e ir rapidamente para os vossos braços, por isso peço-vos um ambiente silencioso e tranquilo. Um pleno descanso melhora o meu bem estar, e tranquiliza-me a mim e os meus pais"*

Esqueçam os beijos... e os abraços...

*"Vamos ter tempo para nos abraçar, para brincarmos e para aprender muito muito com vocês..."*



Não deem palpites, mas sim elogios...

Se tiverem doentes por favor não me visitem...

Não utilizem telemóveis, mantenham um ambiente silencioso e harmonioso...

Visitem-me só a mim... os meus companheiros terão as visitas dos seus familiares...

E não se assustem com este aparato de máquinas, é para o meu bem...

Pouco a pouco vão desaparecendo...

*"E quando for para casa, aí sim vamos passar muito tempo juntos, para me ajudarem a crescer em segurança e de uma forma saudável..."*

**Apêndice X – Questionário Casa Segura - USF**

### Questionário: Casa Segura

No âmbito do Mestrado em Associação, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer na Escola Superior de Saúde de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre, propusemo-nos à realização de um projeto integrado na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida” subordinado à temática da Promoção da Segurança Infantil, que apresenta como objetivo “Contribuir para a Segurança das Crianças até aos 4 anos de idade, no que respeita às lesões não intencionais em ambiente doméstico”.

Define-se ‘lesões não intencionais’ como “Um acidente imprevisto no qual não houve intenção por uma pessoa de causar lesão, lesão ou morte, mas que resultou em lesão.” (Classificação Internacional de Causas Externas de Lesão [CICEL], 2004:249). Ou seja, podemos referir-nos a lesões acidentais que são causadas por um mecanismo de lesão externo e que se apresentam como sendo passíveis de ser previamente prevenidas através da implementação de determinadas estratégias.

O ambiente doméstico, ou seja a casa é o local onde surgem mais lesões não intencionais, sobretudo com crianças até aos 4 anos de idade (APSI, 2017), evidenciando-se esta faixa etária como grupo prioritário para intervenção.

Deste modo, as crianças devido às suas características intrínsecas e à sua curiosidade própria em explorar o ambiente que a rodeia encontram-se vulneráveis à ocorrência de lesões não intencionais, sendo incapazes de reconhecer os riscos e perigos que as rodeiam.

Os pais/cuidadores têm assim um importante papel no reconhecimento dos perigos existentes, nomeadamente no espaço que rodeia a criança, de modo a realizar alterações no domicílio para que estas estejam mais seguras.

Neste sentido e com o intuito de proceder à efetivação do projeto supramencionado pedimos a vossa colaboração no preenchimento do presente questionário que vai permitir compreender o real conhecimento/comportamento dos pais/cuidadores, na prevenção de lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos em ambiente doméstico.

- 1- Seguidamente será apresentada uma lista de questões relacionadas com a segurança no domicílio, que o ajudará a identificar alguns riscos que possam existir em sua casa, para que as suas crianças estejam mais seguras.**

Deverá colocar uma cruz (x) no sim ou não ou caso não se aplique (NA)

Características da sua casa	Sim	Não	NA
A proteção da varanda é adequada? (não escaláveis e no mínimo com 110cm de altura e aberturas inferiores a 9cm)			
Existem objetos que possam servir de degrau perto das janelas ou varandas?			
Tem limitadores de aberturas nas janelas?			
Existem fios de estores ao alcance das crianças?			
A escada tem cancelas no primeiro e último degrau?			
A escada tem corrimão?			
O chão não é escorregadio?			
Os tapetes fixos?			
As escadas estão bem iluminadas?			
Os fios elétricos estão bem enrolados e atados?			
As extensões são protegidas e fora do alcance das crianças?			
As tomadas têm alvéolos de proteção?			
Os aquecedores ou lareiras estão protegidos e inacessíveis às crianças?			
Os medicamentos estão guardados em locais altos e fechados?			
Os brinquedos ou objetos pequenos são guardados fora do alcance das crianças?			
As portas têm protetores para prevenir os entalões?			
As espreguiçadeiras são colocadas em cima de mesas ou sofás?			
Utiliza andarilhos?			
Os cintos internos são sempre utilizados (cadeira da papa, espreguiçadeira)?			
A cadeira alta de comer encontra-se estável e encostada à parede?			
Os produtos de limpeza estão em locais altos e fechados?			
Os armários com objectos cortantes e pequenos eletrodomésticos têm fecho ou limitadores de abertura?			
As gavetas pesadas têm travões?			
Na cozinha tem o cuidado de utilizar os bicos de trás do fogão e virar as pegas dos tachos/ frigideiras para dentro?			
Utiliza toalhas curtas ou individuais em vez de toalha grande de mesa?			
Secadores de cabelo, aquecedores, ferro de engomar, fritadeiras e outros aparelhos encontram-se fora do alcance das crianças?			
Mantém a porta da máquina de lavar loiça e máquina de lavar/secar roupa sempre fechadas?			
A banheira encontra-se sempre vazia, quando não está a ser utilizada?			
Os produtos necessários para o banho da criança estão ao alcance do adulto durante o banho?			
O adulto coloca primeiro a água fria e só depois a água quente quando prepara o banho da criança?			
O berço ou a cama de grades têm aberturas inferiores a 6cm e as grades da cama têm no mínimo 60cm de altura?			
Não há almofadas, peluches, brinquedos, laços ou fitas na cama da criança?			
O bebe é deitado com os pés encostados ao fundo da cama de grades e com a roupa até aos ombros?			
Os brinquedos estão arrumados em caixas ou em compartimentos próprios, e não espalhados?			
Tem protetores em esquinas de móveis?			

**2- Tendo em conta a sua casa, quais os três riscos principais que identifica?**

---

---

---

**3- O seu filho já sofreu alguma lesão não intencional em ambiente doméstico?**

Sim  Não

**Se respondeu sim, de que tipo de lesão?**

- a) Intoxicação
- b) Queimaduras
- c) Afogamentos
- d) Queda
- e) Corte
- f) Asfixia

Obrigada pela colaboração

**Referências Bibliográficas:**

Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI] (2014). Consultas de Saúde Infantil - Orientações técnicas para a prevenção de acidentes.

Child Accident Prevention Foundation of Australia (2010). Home Safety checklist for Parents of children 0 – 4 years of age.

Casa Segura: conhecer para melhor proteger. Guia para observação da segurança em casa. APSI

Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade Toddler e da Família. In Hockenberry, Marilyn J.& Wilson, David, Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente (9ª edição - pp. 491-621). Loures: Lusociência.



## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO DO PROJETO

Caro senhor (a),

Eu, Filipa Conceição Gorgulho Pinto, estudante do Mestrado em Enfermagem, com especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que decorre no ano lectivo de 2018/2020, na Escola Superior de Saúde Portalegre, encontro-me presentemente a realizar o estágio final na Unidade de Saúde Familiar [REDACTED], sob orientação da Sra. Enfermeira Especialista [REDACTED] e da Sra. Professora Doutora Ana Ramos.

Pretende-se a elaboração de um projeto integrado na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida” subordinado à temática da Promoção da Segurança Infantil, que apresenta como objetivo “Contribuir para a Segurança das Crianças até aos 4 anos de idade, no que respeita às lesões não intencionais em ambiente doméstico”.

Este estudo visa analisar os conhecimentos/comportamentos dos pais das crianças até aos 4 anos de idade que frequentem a consulta de enfermagem de saúde infantil, na prevenção de lesões não intencionais em ambiente doméstico

Neste sentido, pedimos-lhe que leia com atenção o questionário e responda a todas as perguntas de forma espontânea e sincera, de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa. Não existem respostas corretas ou incorretas, o que nos interessa é a sua opinião, na certeza de que os dados serão tratados com a devida confidencialidade e anonimato. Se achar que algo não está claro, não hesite em solicitar mais informação.

Será garantido, pela investigadora, o anonimato dos dados recolhidos.

Fica salvaguardado que a qualquer momento pode recusar participar sem prejuízo para o próprio.

Neste contexto e se concorda com o exposto, pedimos-lhe que assine este termo de consentimento

A equipa de investigação agradece a vossa preciosa colaboração!

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço,

confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome do investigador.....

Assinatura.....

Data: ..... /..... /.....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

**Apêndice XI – Guia Orientador na Prevenção de Lesões não Intencionais em Ambiente Doméstico dos 0-4 anos**

**Contactos úteis para transmitir aos pais:**

Número nacional de emergência: 112  
 Saúde 24: 808 24 24 24  
 SOS Criança: 800 206 651  
 CIAV: 800250250  
 Bombeiros Voluntários Campo Maior: 268 680 410  
 Centro de Saúde de Campo Maior: 268 699 700  
 Hospital Dr. José Maria Grande, Portalegre: 245301000  
[www.apsi.org.pt](http://www.apsi.org.pt)  
[www.sos001.com](http://www.sos001.com)

**Realizado por:**

Enf. Filipa Pinto (Estudante EESIP)  
 Prof. Dr.ª Ana Ramos  
 Enf. Especialista Esperança Gonçalves

- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) (2017). 25 Anos de Segurança Infantil em Portugal. Relatório de Avaliação, 2017.  
 - DGS (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.  
 - Ministério da Saúde, [www.dgs.gov.pt](http://www.dgs.gov.pt) (2010). Prevenção de Acidentes com Crianças e Jovens



## Guia Orientador na Prevenção de Lesões Não Intencionais em Ambiente Doméstico dos 0 - 4anos

Unidade de Saúde Fam  
 Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil

2020

As lesões não intencionais na infância têm consequências alarmantes e constituem um grave problema de saúde pública. A abordagem a este problema exige um caráter integrado e concertado, conforme preconizado no Plano Nacional de saúde 2012-2016, e Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

São evitáveis e previsíveis face à eficácia comprovada das medidas de prevenção. A predisposição às lesões não intencionais nas crianças, pelas suas características próprias e em especial até aos 4 anos de idade, podem ser neutralizadas através de estratégias de segurança e educação. É em ambiente doméstico que mais acontecem.

Neste sentido o enfermeiro na sua prática de cuidados de saúde primários desempenha um papel fulcral e ativo como promotor e educador de saúde, na mudança de comportamentos potenciadores de saúde, aconselhando ambientes mais seguros e saudáveis.

Consultas	Acidentes de trânsito	Quedas	Atividades	Operações	Alimentos	Intoxicações
RN/1.º Mês -Alta Segura-	SIC/Grupo 0- VT SIC/Grupo 0- VT SIC/Grupo 0- VT	Carra Tubo Banco	Atividade/cama (roupa, brinquedos, brinquedos de banho, etc.) Atividade/cama (brinquedos, brinquedos de banho, etc.) Atividade/cama (brinquedos, brinquedos de banho, etc.)	Banho Sono de água Bebidas Sólidos	Banho	
2.º Mês	SIC/Grupo 0- VT	Idem	Atividade/cama (brinquedos, brinquedos de banho, etc.) Atividade/cama (brinquedos, brinquedos de banho, etc.)	Idem	Banho	
4.º Mês	SIC/Grupo 0- VT	Idem	Atividade/cama (brinquedos, brinquedos de banho, etc.) Atividade/cama (brinquedos, brinquedos de banho, etc.)	Idem	Banho	
6.º Mês -Preparar a casa-	SIC/Grupo 0- VT	Escadas Portas Varandas Armadilhas Cadeiras elevadas	Cuidado com brinquedos Atividade/cama (brinquedos, brinquedos de banho, etc.) Cuidado com brinquedos Atividade/cama (brinquedos, brinquedos de banho, etc.)	Agarrar Lentilhas Aquecedores	Banho	Associações produtos de limpeza medicamentos cosméticos pesticidas
9.º Mês	SIC/Grupo 0- VT	Tapetes Alfombras Indoors	Cuidado com brinquedos Atividade/cama (brinquedos, brinquedos de banho, etc.) Cuidado com brinquedos Atividade/cama (brinquedos, brinquedos de banho, etc.)	Região Forno Toalha de mesa	Banho	Idem
12/24 Meses	SIC/Grupo 0- I ou I VT	Perigos infantis	Idem	Loquetes Folhentos	Perigos (públicos e privados)	Idem
3 - 4 Anos	SIC/Grupo 0- I ou I VT	Perigos infantis	Idem	Idem	Perigos (públicos e privados)	Idem

**Intoxicação:** Os medicamentos, produtos corrosivos, tóxicos, de limpeza devem ser guardados fora do alcance e vista das crianças, nas embalagens originais.

Os adultos devem evitar tomar medicamentos em frente das crianças, e não devem administrar-lhes às escuras, para evitar erros. Em caso de intoxicação deve ligar-se logo para o CIAV e não avançar para nenhum procedimento sem indicação de um profissional de saúde.

**Queimaduras:** Evitar que a criança esteja na cozinha enquanto se preparam as refeições. Utilizar de preferência os bicos de trás do fogão e virar as pegas dos tachos e das frigideiras para dentro. Deixar os alimentos arrefecerem antes de os levar para a mesa. O ferro de engomar deve ser deixado a arrefecer num local onde a criança não consiga alcançá-lo com o fio enrolado.

**Asfixia/Estrangulamento:** Evitar a utilização de fios ao pescoço, camisolas ou casacos com cordões.

Evitar que a criança, sobretudo com menos de 3 anos brinque com brinquedos com peças pequenas ou objectos de tamanho inferior a 32mm, ou 45mm se forem esféricos ou semiesféricos. Retirar do alcance das crianças balões vazios ou rebentados e sacos de plástico.

**Corte:** não deixar a criança andar com copos, chávenas, talheres, ~~chupas~~, ou outros ~~objectos~~ na boca. Gradualmente ensinar a criança a utilizar alguns utensílios, como a faca (lâmina pouco afiada)

## Cuidados antecipatórios na Consulta de Saúde Infantil

**Atuar, Capacitar, Educar, Sensibilizar, Consciencializar e Empoderar sobre medidas preventivas de lesões não intencionais em ambiente doméstico, de acordo com:**

- Idade, Sexo e Desenvolvimento da criança;
- Papel parental: supervisão dos pais/cuidadores;
- Estrutura física no domicílio;
- Equipamentos de segurança no domicílio;
- Conhecimento/Comportamentos dos pais.

**SClinico:** Avaliar conhecimentos da mãe/pai sobre prevenção de acidentes: Ensinar a mãe/pai sobre prevenção de acidentes e ensinar sobre medidas de segurança

## Consulta pré natal

2/3/4 anos

- **Cadeira para automóvel:** Modelo estável e fácil de montar. Homologada pelo regulamento 44 ou 129. Antes de comprar é importante experimentar no automóvel (compatibilidade e dimensões do equipamento).

**Utilizar desde a 1ª viagem, da maternidade até casa,** a criança deve estar ~~sentada~~, sentada, **sempre com o amês** (cinto interno) **colocado** e bem ajustado e voltada para trás (costas para o trânsito).

- **Carrinho de passeio:** Modelo estável, e fácil de montar, que seja leve e prático. Deve caber na bagageira do carro. Não pendurar sacos nas pegas, para não se virar, nem utilizar em escadas.

- **Berço ou Cama de grades:** Modelo estável, grades com o mínimo de 60cm de altura e máximo de 6cm de distância entre as barras. O colchão deve ser firme, bem adaptado à cama. Se existir protecção almofadada, garantir que está bem presa e não tomba sobre o bebé. Posição de eleição do bebé em decúbito dorsal

- **Muda fraldas:** Estável, com todos os produtos necessários para que estejam ao alcance. **Nunca deixar o bebé sozinho** na cama dos pais, sofá, muda fraldas.

- **Banheira:** Não utilizar cadeiras de banhos pois são instáveis e podem virar-se facilmente provocando o afogamento. No banho **verificar a temperatura da água antes de colocar o bebé**. Colocar primeiro a água fria e só depois a quente (36/37°C).

### Principais causas de lesões não intencionais:

- Quedas (escadas, janelas e varandas, triciclos, bicicletas)
- Intoxicações (produtos tóxicos, corrosivos, medicamentos)
- Queimaduras (lareiras, aquecedores, fogão)
- Asfixia (objectos pequenos)

**Queda:** As janelas devem ter limitadores de abertura. As varandas e terraços protegidos e sem móveis, vasos, brinquedos por perto.

Os brinquedos não devem ficar espalhados. Os sapatos devem ser bem presos aos pés, os chinelos aumentam o risco de queda.

Fixar as estantes e outros móveis à parede, colocar travões nas gavetas ~~protegidas~~, e ~~limitadores~~ de abertura em armários onde se guardam objectos perigosos, bem como ~~proteção~~ de esquinas. Evitar objectos decorativos pesados, televisões ou outros equipamentos em móveis baixo ou mesas pouco estáveis.

Nunca deitar a criança na cama de cima (bedeliches) antes de ganos, e colocar protecções laterais nas camas.

:

**Afogamento:** A porta da casa de banho deverá estar fechada. A banheira, baldes, alguidares, ou piscinas insufláveis devem ser esvaziadas imediatamente após o uso. Se existir uma piscina, esta deve ser vedada, e poços tapados com uma tampa sólida.

**Intoxicação:** Os medicamentos, produtos corrosivos, tóxicos, de limpeza devem ser guardados fora do alcance e vista das crianças e guardados nas embalagens originais. Os adultos devem evitar tomar medicamentos em frente das crianças, e não devem administrá-los às escuras para evitar erros. Em caso de intoxicação deve ligar-se logo para o CIAV (800250250)

**Queimaduras:** Evitar que a criança esteja na cozinha enquanto se preparam as refeições. Utilizar de preferência os bicos de trás do fogão e virar as pegas dos tachos e das frigideiras para dentro. Utilizar **toalhas curtas ou individuais** pois as crianças poderão puxar as toalhas compridas ao tentarem apoiar-se ou alcançar objectos em cima da mesa. As **lareiras devem ser protegidas** e os aquecedores colocados em locais afastados das zonas de circulação. O ferro de engomar deve ser deixado a arrefecer num local inacessível à criança, com o fio enrolado.

**Asfixia/Estrangulamento:** Os alimentos sólidos devem ser partidos em pedaços pequenos, e retirados os ossos, espinhas ou caroços. Devem evitar-se alimentos duros e lisos como amendoins, castanhas, tremoços e frutos com caroço. Os rebuçados, ou outras guloseimas redondas podem levar a criança a engasgar-se. Se os pais quiserem dar à criança, esta deverá comê-los sentada e com supervisão, depois de serem partidos. Não devem ser deixados ao alcance das crianças **objectos** pequenos, baldes vazios ou rebentados e sacos de plástico. Os fios dos estores e candeeiros pendurados devem ser enrolados e mantidos altos.

1ª semana/ 1º mês/ 2º mês

**Principais causas de lesões não intencionais:**

- Queda (colo, berço, ovinho, sofás ou móveis);
- Asfixia com o biberão ou mama, ou quando está deitado na cama;
- Queimaduras com o biberão ou água do banho

- **Queda:** Nunca deixar o bebé sozinho em cima da mesa, cama, muda fraldas, sofá, nem mesmo por um segundo.

Colocar sempre o ovinho, alcafa ou espreguiçadeira no chão, nunca em cima de móveis ou cadeiras. E **apertar sempre o arnês** da espreguiçadeira, ovo, ou carrinho de passeio. Não pendurar sacos ou outros objectos no carrinho de passeio, pois o peso pode fazê-lo virar.

Não descer escadas com o carrinho de passeio, usar elevadores ou rampas.

Não deixar que outras crianças peguem no bebé sem a supervisão de um adulto.

- **Queimaduras:** Ao preparar o banho, colocar primeiro a água fria e só depois a quente, e **testar sempre a temperatura da água** antes de molhar o bebé.

Antes de dar **leite no biberão, verificar a temperatura do leite** no pulso. Se aquecer o leite no microondas agitar bem e só depois verificar a temperatura.

Não transportar, nem ingerir líquidos ou alimentos quentes com o bebé ao colo.

**Asfixia/ estrangulamento:** Deitar o bebé com os **pés encostados ao fundo da cama, para que a roupa fique à altura dos ombros** e não tapar a cabeça. Não pôr almofadas, fraldas, brinquedos, laços ou fitas na cama.

Não devem usar fios, cordões, pulseiras ou anéis, pois podem ficar presos com risco de estrangulamento, asfixia ou lesões dos membros. Os cordões da chupeta não devem ultrapassar os 22cm.

Se existirem protecções almofadadas na cama devem estar bem presas às grades.

Os brinquedos devem ser leves, laváveis, sem peças pequenas ou arestas.

Cuidado com os brinquedos dos irmãos mais velhos.

**Síndrome de Morte súbita:** Indicado o **decúbito dorsal**, e evitar que o bebé durma na cama dos pais. Vestir o bebé de forma confortável e não demasiado aquecido.

A temperatura ideal do quarto deverá estar entre os 18-21°C

12/15/18 Meses

**Principais causas de lesões não intencionais:**

- Quedas (própria altura, escadas, janelas e varandas, sofás, móveis)
- Asfixia/intoxicações
- Queimaduras: fogão, lareiras, aquecedores

**Quedas:** Colocar **limitadores de abertura** de janelas e manter as varandas e terraços protegidos e não deixar móveis, vasos, brinquedos nas varandas ou perto das janelas, pode utilizá-los para trepar

**Ensinar a criança a descer de barriga para baixo da cama, sofás e cadeiras.**

Retirar ou baixar a grade da cama quando a criança começar a tentar sair sozinha. Os brinquedos não devem ficar espalhados.

**A cadeira alta de comer** deve ser estável e estar encostada à parede. O limite de peso recomendado não deve ser excedido.

Fixar estantes e outros móveis à parede, colocar travões nas gavetas pesadas limitadores de abertura em armários, e protectores de esquinas. Evitar objectos decorativos pesados, televisões ou outros equipamentos em móveis baixo ou mesas pouco estáveis.

**Afogamento:** A banheira, baldes, alguidares ou piscinas insufláveis devem ser esvaziadas imediatamente após o uso. Se existir uma piscina, esta deve ser vedada

**Afogamentos:** Para além do risco de afogamento no banho, surgem agora outros locais que é preciso proteger como alçófaros, baldes e tanques para lavar roupa, banheira, piscina insuflável.

Todas as piscinas devem ser protegidas com vedações com o mínimo de 1,10m de altura, aberturas inferiores a 9cm, que não sejam escaláveis.

**Intoxicação:** Os medicamentos, produtos corrosivos, tóxicos, de limpeza devem ser guardados **fora do alcance e vista das crianças**, devendo ser guardados nas embalagens originais, com os rótulos de origem.

Os adultos devem evitar tomar medicamentos em frente das crianças, e não devem administrá-los às escuras ou com pouca luz. Em caso de intoxicação deve ligar-se logo para o **CIAV (800250250)** e não avançar para nenhum procedimento sem indicação de um profissional de saúde (como provocar o vômito)

**Asfixia/Estrangulamento:** Os alimentos sólidos devem ser partidos em pedaços pequenos, e retirados cuidadosamente os ossos, espinhas ou caroços. Devem evitar-se alimentos duros e lisos como amendoins, castanhas e frutos com caroço.

**Não devem ser deixados ao alcance das crianças objectos ou brinquedos pequenos**, com diâmetros inferior a 32mm, ou 45mm se forem esféricos ou semiesféricos, bem como balões, sacos plásticos, moedas...

A criança não deve ter fios ou cordões ao pescoço, nem pulseiras ou anéis.

4º e 6º mês

**Principais causas de lesões não intencionais:**

- Quedas (escadas, janelas e varandas, cadeiras de passeio, cadeiras de comer, andarilhos)
- Asfixia e Queimaduras (início da diversificação alimentar, **objetos** pequenos)

**Quedas: Escadas:** Colocar cancelas no 1º e último degrau.

**Janelas e varandas:** as varandas e os terraços devem ter guardas com o mínimo de 110cm de altura, sem elementos onde a criança possa apoiar os pés ou as mãos para subir. Colocar limitadores de abertura nas janelas (que não permitam uma abertura superior a 9cm)

**Cadeiras de comer:** deve ser estável, o amês deve ser sempre colocado

**Andarilhos:** não devem ser utilizados

**Afogamento:** Não deixar o bebé na banheira sozinho, mesmo que já se consiga sentar. Evitar as cadeiras de banho.

**Queimaduras:** Testar sempre a temperatura da água do banho. Atenção aos líquidos ou alimentos quentes. Não transportar nem ingerir líquidos ou alimentos quentes com o bebé ao colo.

**Contacto com superfícies quentes:** (aquecedores, porta do forno, lareira) Colocar sempre **protectors** nas lareiras, não colocar aquecedores nas zonas de passagens

**Asfíxia/Estrangulamento:** Não deixar a criança sozinha a comer pois pode engasgar-se com os alimentos (pedaços de pão, bolachas, papas e puré de legumes). Não deixar ao alcance da criança objectos pequenos. Deve-se evitar anéis, pulseiras e fios pendurados ao pescoço. E evitar fios de estores compridos e pendura-los fora do alcance da criança

**Intoxicação:** Os medicamentos, produtos corrosivos, tóxicos, de limpeza devem ser guardados fora do alcance e vista das crianças, num armário alto e fechado (nunca debaixo do lava loiças). Retirar o esquentador da casa de banho e arejar as divisões com as lareiras para evitar intoxicações com monóxido de carbono.

**Choque eléctrico:** Optar por tomadas e fichas triplas com os **alvéolos protegidos** ou colocar protectores nas tomadas. Enrolar os fios de candeeiros ou aparelhos **eléctricos** e esconde-los por trás ou no topo das móveis. Não sobrecarregar tomadas e fichas triplas.

Verificar regularmente se não há fios descarnados e danificados e substituí-los assim que não estiverem em boas condições.

9meses

**Principais causas de lesões não intencionais:**

- Quedas (escadas, janelas e varandas, andarilhos, cama, sofás
- Asfíxia e Queimaduras (início da diversificação alimentar, objectos pequenos)

**Queda:** As **varandas e os terraços** devem ter guardas com o mínimo de 110cm de altura, sem elementos onde a criança possa apoiar os pés ou as mãos para subir. Colocar **limitadores de abertura nas janelas**. Colocar **cancelas no 1º e último degrau das escadas**. Não utilizar andarilhos.

**Fixar as estantes e outros móveis à parede**, colocar travões nas gavetas **pesadas** e limitadores de abertura em armários onde se guardam objectos perigosos.

Evitar objectos decorativos pesados, televisões ou outros equipamentos em móveis baixo ou mesas pouco estáveis.

Colocar **protectores em esquinas** que possam ferir (bem presos, para que a criança não consiga retirá-los e pôr na boca)

**A cadeira de comer** deve ser estável, o **arnês** deve ser sempre colocado e encosta-la à parede.

**Queimaduras:** Evitar levar a criança para a cozinha enquanto se cozinha, e nunca cozinhar com ela ao colo.

**Proteger lareiras e aquecedores, tomadas eléctricas e extensões.**

**Apêndice XII - Planejamento Formação em Serviço USF**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALGARVEANO - USF

REGISTO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO  
Plano de Sessão

<b>Ação de Formação:</b>	Actuação do enfermeiro na prevenção de lesões não intencionais em ambiente doméstico	<b>Serviço:</b>	USF
<b>Destinatários:</b>	Profissionais de enfermagem dos CSP	<b>Data:</b> (00.00.0000)	21/01/2020
<b>Formador:</b> <small>(Quando Aluno, deve ser supervisionado pelo Tutor)</small>	Filipa Pinto	<b>Hora Início:</b> (00.00h)	14 <b>Hora Fim:</b> 16 (00.00h)
<b>Tutor:</b>	Esperança Morais (EEESIP)	<b>Duração:</b>	
<b>Local de realização:</b>	Sala de Formação CSP		
<b>A acção de formação estava contemplada em Plano</b>	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NAO .....	<b>Justificação:</b>	Necessidade inerente do serviço

**Objectivos gerais**  
(Indique a pertinência do tema para o serviço e para a população alvo)

Demonstrar a importância da actuação do enfermeiro na prevenção de lesões não intencionais com crianças em ambiente doméstico;

**Objectivos específicos**  
(Indique os objectivos que se pretendem atingir, para o serviço, com esta acção formativa)

Uniformizar Conceitos e Cuidados de Enfermagem sobre Prevenção de Lesões não intencionais em ambiente doméstico;  
Transmitir cuidados antecipatórios relativos à prevenção de lesões não intencionais em ambiente doméstico;  
Definir estratégias de resolução de riscos no domicílio para a prevenção de lesões não intencionais em crianças.  
Apresentar o guia orientador à equipa

**Apêndice XIII - Divulgação da formação em serviço USF**

## FORMAÇÃO EM SERVIÇO

### Promoção Segurança Infantil:

## **Actuação do Enfermeiro na Prevenção de Lesões Não Intencionais em Ambiente Doméstico 0-4anos**

**Preletores:** Enf<sup>a</sup> Filipa Pinto (AMEESIP) e  
Enf<sup>a</sup> Esperança Morais (EEESIP)

**Destinatários:** Equipa de enfermagem CSP

**Data:** 21/01/2020

**Hora:** 14.00 H

**Local:** Sala de Formação CSP

**Apêndice XIV - Diapositivos da Formação em Serviço USF**



Unidade de Saúde Familiar Raia Maior  
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

### Promoção Segurança Infantil:

## Actuação do Enfermeiro na Prevenção de Lesões Não Intencionais em Ambiente Doméstico



Prof<sup>a</sup> D<sup>a</sup> Ana Ramos  
Enf<sup>a</sup> Especialista Esperança Gonçalves  
Enf<sup>a</sup> Filipa Pinto (Estudante EESIP)

21 de Janeiro 2020

### Objectivos:

- Demonstrar a importância da actuação do enfermeiro na prevenção de lesões não intencionais com crianças em ambiente doméstico;
- Uniformizar Conceitos e Cuidados de Enfermagem sobre Prevenção de Lesões não intencionais em ambiente doméstico;
- Transmitir cuidados antecipatórios relativos à prevenção de lesões não intencionais em ambiente doméstico;
- Definir estratégias de resolução de riscos no domicílio para a prevenção de lesões não intencionais em crianças.

## Lesões não Intencionais

“Um acidente imprevisto no qual não houve intenção por uma pessoa de causar lesão, ou morte, mas que resultou em lesão” (CICEL, 2014)



Primeira causa de morte e de anos e de vida potenciais perdidos por deficiência e incapacidade, nas crianças e jovens (DGS, 2016)



São previsíveis e preventivas com a implementação de medidas de prevenção antecipatórias



### Crianças Seres Vulneráveis



Dependentes dos Cuidados dos Pais/  
Cuidadores

Constante Crescimento e Desenvolvimento

Desenvolvem-se em interacção com o meio  
e com as pessoas que lhes estão próximas

Influência do enfermeiro

## Lesões não Intencionais *versus* ambiente doméstico



**1º Conhecer os riscos**

**2º Criar ambientes Seguros**

**3º Minimizar os acidentes**

PASI, 2012

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016 (MS, 2010)

PASI Plano de Acção para a Segurança Infantil 2012-2016

Relatório do Projecto de Promoção da Alta Segura

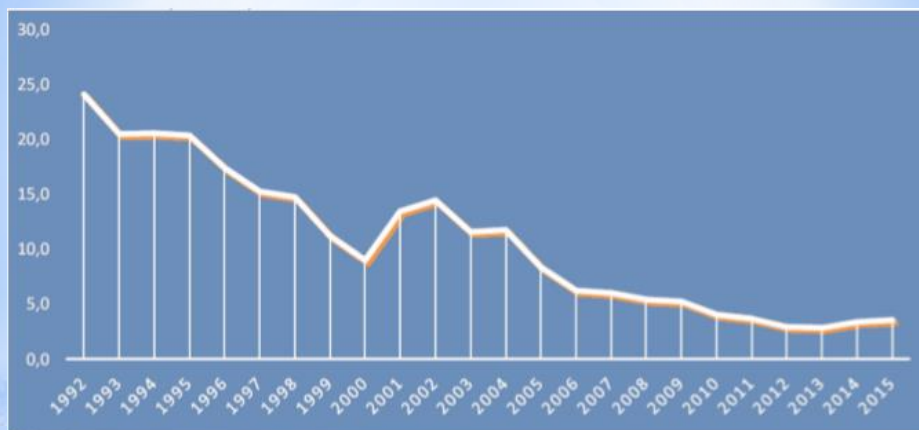
Gerações mais Saudáveis ( Ambientes Seguros)



**Obtenção de Ganhos em Saúde através de acções que promovam Comportamentos Seguros e competências específicas para lidar com o risco de acidente não intencional**

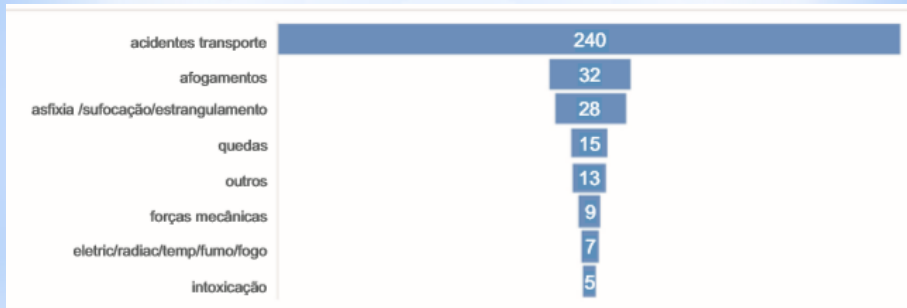


Mortalidade Infantil versus Acidentes



Evolução da Taxa de Mortalidade por Acidentes, 0-19 anos de idade (Dados INE) APSI, 2017

### Mortalidade Infantil versus Acidentes

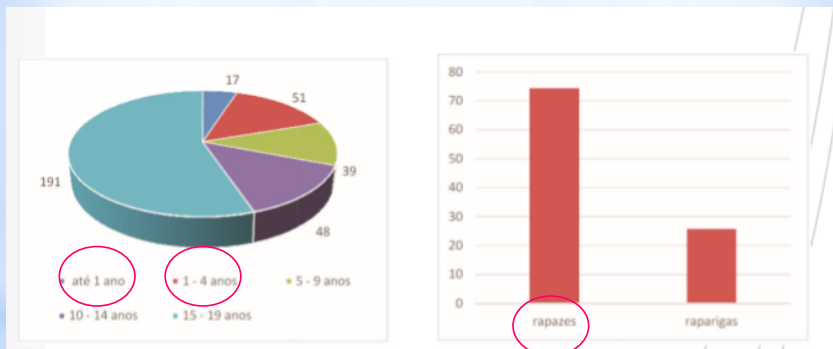


Nº total de mortes por acidente 2011-2015-entre 0-19 anos distribuição por tipo de acidente (APSI, 2017)

### Mortalidade Infantil por Acidentes

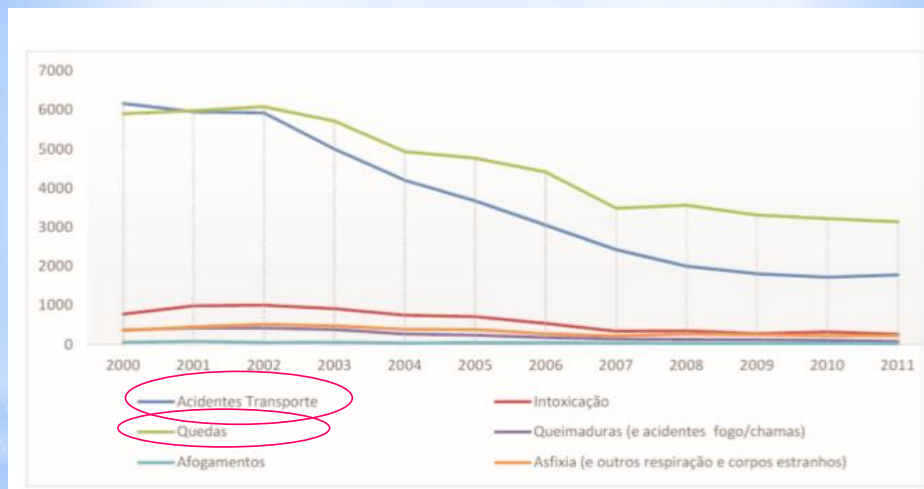
Idade

Género

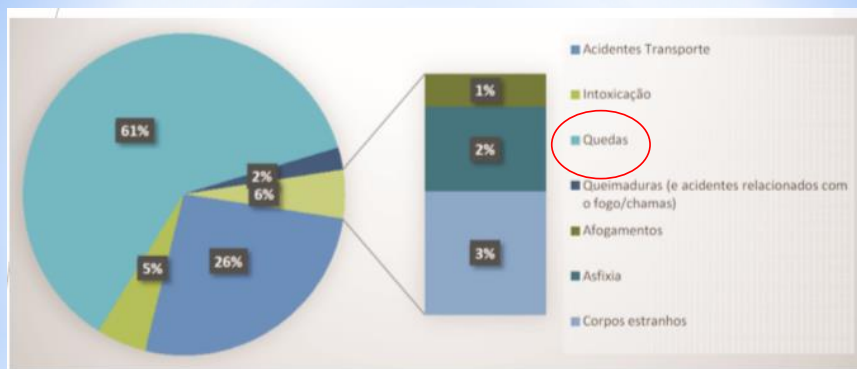


Número total de mortes por acidente entre 2011 e 2015, dos 0-19 anos, distribuição por faixa etária e género (APSI, 2017)

### Internamentos versus Acidentes



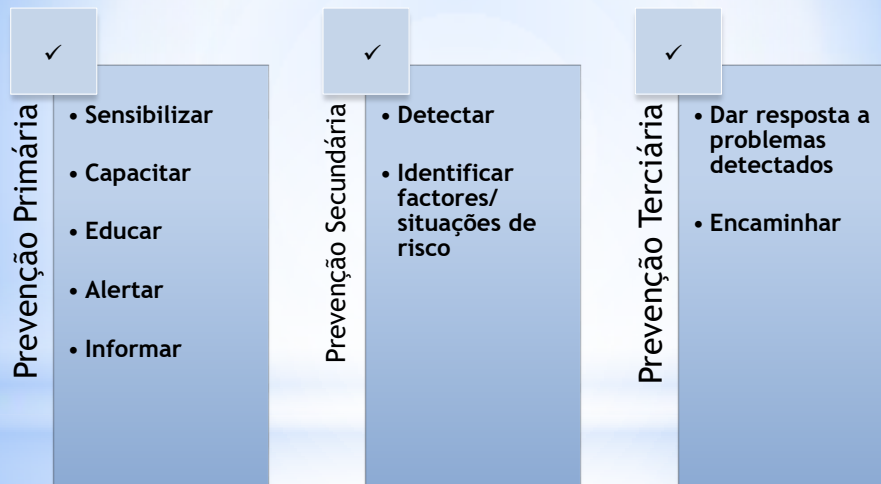
Evolução do nº internamentos por acidentes, dos 0-18 anos de idade, APSI, 2017



Nº de internamentos por acidente, entre 2012 e 2016, dos 0-18anos - distribuição por tipo de acidente (APSI,2017)

Consultas	Acidentes de trânsito <sup>1</sup>	Visto	Quedas	Visto	Asfixia	Visto	Queimaduras	Visto	Afoga-mentos	Visto	Intoxicações
RN/1.º Mês «Alta Segura»	SRC <sup>II</sup> /Cadeira Auto Grupo 0+ VT <sup>III</sup>		Cama Trocador Banco		Alcova/cama (roupa, colchão) Nunca deixar só		Banho Saco de água quente Biberão Sol				
2.º Mês	SRC/Grupo 0+ VT		Idem		Alcova/cama Fios, fitas, cordões da chupeta		Idem				
4.º Mês	SRC/Grupo 0+ VT		Idem		Brinquedos >32mm		Idem	Banho			
6.º Mês «Preparar a casa»	SRC/Grupo 0+ VT		Escadas Portas Janelas Varandas Andarilhos Cadeira refeição		Cuidado com pequenos objectos. <32mm		Aparelhos eléctricos Lareiras Aquecedores	Banho			
9.º Mês	SRC/Grupo 0+ VT		Tapetes Arestas de móveis		Cuidado com pequenos objectos (lego, bago de uva, alimentos)		Fogão Forno Toalha da mesa	Banho			Medicamentos produtos de limpeza, cosméticos, pesticidas
12/24 Meses	SRC/Grupo 0+/I ou I VT		Parques infantis		Idem		Isqueiros Fósforos	Piscinas (públicas e privadas)			Idem
3 - 4 Anos	SRC/Grupo 0+/I ou I VF		Parques infantis		Idem		Idem	Piscinas (públicas e privadas)			Idem

### Actuação do Enfermeiro



### Consulta de Enfermagem Saúde Infantil

Actuação do Enfermeiro na **capacitação** dos pais/cuidadores para conhecimentos e comportamentos preventivos de lesões não intencionais em ambiente doméstico.

Papel fulcral e activo como Promotor e Educador de saúde, na mudança de comportamentos potenciadores de saúde, aconselhando ambientes mais Seguros e Saudáveis.

Desenvolvimento da criança;  
Ambiente físico em casa;  
Conhecimento e comportamento dos pais;  
Equipamentos de segurança;  
Papel Parental, com supervisão efectiva.

**Guia Orientador na  
Prevenção de Lesões Não  
Intencionais em Ambiente  
Doméstico dos 0 - 4anos**

**Cuidados Antecipatórios  
e Orientações Técnicas**

↓  
Idade Chave

**Actuar, Capacitar, Educar, Sensibilizar,  
Consciencializar e Empoderar sobre medidas  
preventivas de lesões não intencionais em  
ambiente doméstico**

**Consulta  
Pré Natal**

- Sistema de Retenção, Carrinho de Passeio;
- Berço e Cama de grades, Muda fraldas
- Banheira estável, temperatura da água

**1ª semana/  
1º e 2º mês**

- Queda: Colo, berço, ovo, sofás, muda fraldas
- Asfixia: mama, biberão, deitado na cama,
- Queimaduras: água do banho, biberão

**4º e 6º mês**

- Quedas: Escadas, janelas, varandas, carrinho de passeio, cadeiras de comer, andarilhos;
- Asfixia: introdução diversificação alimentar, objectos pequenos, fios
- Queimaduras: líquidos e alimentos quentes, água do banho, lareiras, aquecedores

APSI, 2017

**9 meses**

- Quedas: Escadas, janelas, sofás, camas, móveis, andarilhos
- Queimaduras: lareiras, aquecedores, tomadas eléctricas;
- Asfixia: Objectos pequenos, alimentos sólidos
- Afogamentos: baldes, banheiras, piscinas

**12/15/18  
meses**

- Queda: própria altura, janelas, varandas, sofás, móveis, cadeira de comer;
- Intoxicações: medicamentos, produtos tóxicos,
- Queimaduras: lareiras, aquecedores, fogão, ferro de engomar;
- Asfixia e estrangulamento: Objectos pequenos, balões, sacos de plástico, fios de estores

**2/3 e 4**

- Quedas: Escadas, janelas, varandas, triciclos, bicicletas, estantes, móveis
- Intoxicações medicamentos, produtos tóxicos
- Asfixia e estrangulamento: balões vazios, sacos de plástico, cordões de camisolas
- Cortes: copos, chávenas, talheres, chupas, ou outros objectos cortantes

APSI, 2017



#### Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

“Negoceia a participação da criança e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar, procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança no sentido da **adoção de comportamentos potenciadores de saúde**, assim como **identifica situações de risco** para a criança, e **sensibiliza os pais, cuidadores e profissionais para o risco de comportamentos promotores de acidentes**”.

“Facilita também a **aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança e família**”.

(OE, 2018)

## Conclusão

O enfermeiro é um pilar essencial na transmissão de conhecimentos e em tornar acessível todas as informações pertinentes relativas à PREVENÇÃO de lesões não intencionais;

Identificar riscos que possam ser um agente importante na prevenção destas lesões;

**Prevenção** é sempre a melhor opção



**Contribui para a protecção, desenvolvimento e melhoria da qualidade de vida, e menos gastos em saúde.**



## Referências Bibliográficas

Associação para a Promoção de Segurança Infantil [APSI] (2014). Quedas em crianças e jovens: um estudo retrospectivo (2000 - 2013) - Reedição, revista e adaptada Relatório Final - Novembro de 2014. Disponível em: <https://www.apsi.org.pt/files/APSI%20Campanha%20das%20Quedas/APSI%20-%20Estudo%20Quedas%202000-2013%20-%20Relatorio%20Final.pdf>.

Associação para a Promoção de Segurança Infantil [APSI] (2017). Relatório de avaliação Disponível em: [file:///C:/Users/master/Desktop/mestrado/USF%20campo%20maior/APSI\\_RELATORIO\\_SEGURANCA\\_INFANTIL\\_2017.pdf](file:///C:/Users/master/Desktop/mestrado/USF%20campo%20maior/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf)

United Nations Children's Fund [UNICEF] (2010). Why is important to share and act on information about injury prevention. Facts for life, 4, 163 - 177. Disponível em: <http://www.factsforlifeglobal.org/resources/factsforlife-en-full.pdf>.

Direção Geral da Saúde [DGS] (2013). Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. Norma da direção-geral da saúde nº 010/2013. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Departamento de Epidemiologia (2014). *Evita 2009 - 2012, Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes*. Relatório 2009 - 2012. Lisboa: INSA. Disponível em: [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2449/3/INSA-Relatorio\\_EVITA\\_2009-2012.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2449/3/INSA-Relatorio_EVITA_2009-2012.pdf)

Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2016). Prevenção de Acidentes com Crianças e Jovens.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2.ª Série, Nº 133, 19192-19194. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (n.d.). Relatório Mundial Sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/child/injury/world\\_report/Falls\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Falls_portuguese.pdf)

Plano de Acção para a Segurança Infantil - 2012-2016 (2011). Conhecer os Riscos, Criar Ambientes Seguros, Minimizar os Acidentes. Disponível em: [http://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI\\_2011.pdf](http://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI_2011.pdf)



# FIM

Obrigada pela presença e colaboração

**Apêndice XV – Avaliação da formação em serviço USF**

### **Avaliação Formação Serviço USF**

**Tema:** Promoção da Segurança Infantil – Atuação do Enfermeiro na prevenção de lesões não intencionais em ambiente doméstico

#### **Cuidados de Saúde Primários**

**Data:** 21/01/2020

**Hora:** 14.00 H

Tendo em conta as suas expectativas iniciais, pedimos-lhe que responda a este questionário de avaliação da secção

O questionário é anónimo, voluntário, não sendo possível a sua extrapolação para qualquer outro tipo de finalidade.

Pedimos-lhe que numa escala de 1 a 5, em que **1 Significa Muito Insatisfeito, 2 Insatisfeito, 3 Satisfeito, 4 Bom e 5 Muito Bom**, avalie a secção formativa e os formadores.

	<b>Avaliação</b>
Pertinência do tema	
Objetivos	
Conteúdos abordados	
Aprofundamento do tema	
Método de apresentação	
Formadores	

<b>Participantes: 5 Enfermeiros</b>					
<b>Avaliação global</b>					
<b>Itens Avaliados</b>	<b>1-Muito Insatisfeito</b>	<b>2-Insatisfeito</b>	<b>3-Satisfeito</b>	<b>4-Bom</b>	<b>5-Muito Bom</b>
Pertinência do tema	0	0	0	0	5
Objetivos	0	0	0	0	5
Conteúdos abordados	0	0	0	0	5
Aprofundamento do tema	0	0	0	0	5
Método de apresentação	0	0	0	1	4
Formadores	0	0	0	0	5

**Apêndice XVII – Artigo Científico: Resumo**

## Capacitação dos pais na prevenção de lesões não intencionais de crianças em ambiente doméstico: Revisão Scoping

Filipa Pinto<sup>1</sup>; Ana Ramos<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mestranda em Enfermagem, área de especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermeira no Centro de Saúde de Monforte da ULSNA, EPE;

<sup>2</sup> Professora Doutora em Enfermagem, Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

### RESUMO

**Introdução:** As lesões não intencionais nas crianças em ambiente doméstico são uma realidade alarmante a nível mundial, sendo a sua ocorrência muitas vezes previsíveis e preventivas. A criação de ambientes seguros para as crianças assume um papel fulcral, destacando-se a importância do enfermeiro na capacitação e empoderamento de conhecimentos e comportamentos dos pais relativos à prevenção destas lesões.

**Objetivo:** Mapear a evidência científica existente acerca da atuação do enfermeiro na capacitação dos pais/cuidadores de crianças até aos 5 anos, na aquisição de conhecimentos e comportamentos preventivos de lesões não intencionais em ambiente doméstico.

**Método:** Scoping Review com base nos princípios preconizados pelo Joanna Briggs Institute, realizado nos agregados de bases de dados EBSCOhost® (CINAHL Complete, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Library, Information Science & Abstract) e PubMed®, utilizando os descritores *domestic accident ||residential injuries|| home unintentional injuries|| prevention|| child|| parents ||nurs*. A pesquisa realizou-se durante o mês de Dezembro de 2019 e definiram-se como critérios de inclusão, artigos com texto integral disponível, de língua inglesa, portuguesa e espanhola, e com ano de publicação entre 2010 e 2019, sendo a qualidade metodológica dos estudos avaliada por dois revisores independentes.

**Resultados:** foram seleccionados 10 artigos, 1 estudo randomizado controlado, 7 estudos observacionais descritivos e 2 estudos experimentais, onde se constatou o papel importantíssimo que o enfermeiro desempenha na educação e empoderamento dos pais no que se refere à prevenção de lesões não intencionais em ambiente doméstico, evidenciando-se padrões chave úteis para os enfermeiros direccionarem as suas intervenções, tais como, o desenvolvimento da criança, a identificação de riscos no ambiente físico em casa, o conhecimento e comportamento dos pais e de outros responsáveis, e os equipamentos de segurança.

**Conclusões:** Evidencia-se a importante influencia que o enfermeiro adquire na educação, treino e consciencialização de riscos e prevenção de lesões não intencionais em ambiente doméstico, contribuindo para a protecção, desenvolvimento e melhoria da qualidade de vida, e menores gastos em saúde.

**Palavras-chave:** acidentes domésticos, lesões não intencionais, prevenção, crianças, pais, enfermeiro.

**Apêndice XVII - Revisão Integrativa: Resumo**

## Capacitação dos Pais da Criança com Febre: Revisão Integrativa

### RESUMO:

A febre é factor desestabilizador para os pais que apresentam comportamentos fóbicos na gestão da febre dos seus filhos. **Objetivo:** Identificar intervenções de enfermagem na capacitação dos pais da criança com febre através de uma revisão integrativa da literatura. **Método:** Estudo segundo o modelo do Joanna Briggs Institute, realizado nos motores de busca EBSCOhost®, B-On® e BVS®, utilizando os descritores “parents”, “fever”, “education” e “nurs\*”. Levanta-se a questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem na capacitação dos pais da criança com febre? **Resultados:** Seleccionados 8 artigos, agrupados em 2 dimensões: a percepção dos pais sobre a febre na criança que apresentam comportamentos excessivos em relação à febre por falta de conhecimentos; e as intervenções de enfermagem na capacitação dos pais das crianças com febre. O enfermeiro aparece como o profissional de saúde mais adequado para reconhecer as lacunas de conhecimento, e as intervenções de enfermagem apropriadas serão as educativas. **Conclusões:** Evidencia-se a necessidade de intervenções de enfermagem para capacitar os pais das crianças com febre, sendo as educativas as mais adequadas na persecução desse objectivo.

**Descritores:** Pais, Febre, Educação e Enfermagem

**ANEXOS**

**Anexo i – Parecer da Comissão de Ética para a efetivação do Projeto de Intervenção**



## INFORMAÇÃO

N.º04/2020, de 31 de Janeiro

202001168  
06.02.2020  
Sandra Oliveira

De: Maria Luíza Lopes

Para: Sr. Presidente do Conselho de Administração- Dr. João Moura dos Reis

C/C:

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do estudo: "Prevenção de lesões não intencionais em ambiente doméstico em crianças até aos 4 anos de idade."

### PARECER

### DESPACHO/DELIBERAÇÃO

Dr. João Moura dos Reis  
Presidente do Conselho de Administração

Concordo com o parecer emitido  
baseado na informação referida.  
Procede-se em conformidade

20200210

A requerente, Filipa Conceição Gorgulho Pinto, Enfermeira a exercer funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Mestranda em Enfermagem em Associação na Área da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, solicitou autorização à ULSNA para realização do estudo: "Prevenção de lesões não intencionais em ambiente doméstico em crianças até aos 4 anos de idade."

Cumprе aprecia:

#### I- Enquadramento/ Centros de Estudo/ Entidades Promotoras e/ou parceiras

O estudo insere-se no âmbito do mestrado em Enfermagem e na sequência do estágio que se encontra a realizar na Unidade de Saúde Familiar Raia Maior.

#### II- Objetivos

- Contribuir para a segurança das crianças até aos 4 anos de idade, no que respeita às lesões não intencionais em ambiente doméstico.
- Capacitar os pais/cuidadores de crianças 0-4 anos na promoção da segurança infantil em ambiente doméstico, prevenindo lesões não intencionais.
- Sensibilizar as equipas de enfermagem para a utilização de estratégias conducentes à promoção da segurança infantil em ambiente doméstico.

#### III- Tipo de Estudo

O estudo é interventivo e prospetivo.

#### IV- População alvo

CES  
54



INFORMAÇÃO  
N.º04/2020, 31 de Janeiro

Pais das crianças que frequentam a consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil na Unidade de Saúde Familiar Raia Maior.

**V- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude**

Os indivíduos que aceitam participar no estudo, preencherão um questionário, cujo modelo se encontra anexo ao presente projeto não contendo quaisquer questões que ponham em causa a ética ou a legalidade.

O fundamento de licitude é a adesão voluntária do utente, o qual dá expressamente o seu consentimento, conforme modelo anexo ao projeto do estudo.

**VI- Metodologia no Tratamento dos Dados**

Os dados são recolhidos e tratados com recurso à aplicação SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

**VII- Conclusões e propostas**

Compulsada a justificação e enquadramento do estudo, concluímos pela importância do mesmo.

Os documentos e o instrumento de recolha de dados que integram o estudo estão em conformidade com as normas instituídas, considerando-se que a informação que se pretende recolher não viola as questões ético legais, constituindo o consentimento dos utentes o fundamento de licitude.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente estudo e por considerar a importância na sua realização, delibera dar parecer favorável à realização do estudo: *"Prevenção de lesões não intencionais em ambiente doméstico em crianças até aos 4 anos de idade"*

Após conclusão do trabalho, o investigador deverá agendar a sua apresentação na ULSNA, E.P.E.

A decisão que recair sobre esta informação deverá ser notificada:

- À requerente, Sr.ª Enf.ª Filipa Conceição Gorgulho Pinto;
- Aos Sr.s Coordenadores Médicos e de Enfermagem da USF RAIA MAIOR;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

P<sup>1</sup>a Comissão de Ética

MARIALUÍZA  
MUNES LOPES  
FERRERA

Anexo: Requerimento com resumo do estudo e todos os documentos anexos.

**ANEXO II - Participação no 3ºCurso Básico de Vacinas: Conhecimentos para compreender a utilização de vacinas e responder às questões dos pais e do/a adolescentes**



11 DEZEMBRO 2019

- 08:50 - 08:55** **Abertura** | *Fernanda Rodrigues*, HP-CHUC
- 09:00 - 09:30** Como é que as vacinas funcionam | *Ana Brett*, HP-CHUC
- 09:35 - 10:05** Vacinas: composição e tipos, como são licenciadas, reações adversas e contra-indicações | *Gustavo Januário*, HP-CHUC
- 10:10 - 10:40** PNV: como funciona, o que conseguimos e os desafios | *Ana Leça*, CTV-DGS
- 10:45 - 11:15** **CAFÉ**
- 11:20 - 11:50** Sarampo: como chegámos aqui e o que esperar do futuro | *Fernanda Rodrigues*, HP-CHUC
- 11:55 - 12:25** Hesitação em vacinar: o que fazer? | *Ana Leça*, CTV-DGS
- 12:30 - 13:20** Perguntas frequentes sobre vacinas | *Ana Leça*, CTV-DGS e *Gustavo Januário*, HP-CHUC
- 13:25 - 14:25** **ALMOÇO**
- 14:30 - 15:00** Vacinas contra meningococo B e ACWY | *Fernanda Rodrigues*, HP-CHUC
- 15:05 - 15:30** Vacinas contra a gripe | *Gustavo Januário*, HP-CHUC
- 15:35 - 16:00** Vacinas contra varicela | *Fernanda Rodrigues*, HP-CHUC
- 16:05 - 16:25** **CAFÉ**
- 16:30 - 16:55** Vacinas contra rotavírus | *Ana Brett*, HP-CHUC
- 17:00 - 17:25** Vacinas contra HPV para rapazes | *Fernanda Rodrigues*, HP-CHUC
- 17:30 - 18:00** **Avaliação de conhecimentos (opcional)**  
**Encerramento**

COMISSÃO CIENTÍFICA  
SECRETARIADO  
E INSCRIÇÕES  
PATROCÍNIO CIENTÍFICO

*Fernanda Rodrigues* | *Ana Brett* | *Gustavo Januário*  
ASIC, Hospital Pediátrico Coimbra  
[www.asic.pt](http://www.asic.pt) | 239 482 000



**ANEXO II – Certificado de formação APSI – Casa Segura**



## Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que FILIPA CONCEIÇÃO GORGULHO PINTO natural de Portalegre nascida em 13/08/1986, com o N.º de Cartão de Cidadão 13076103 62Y4 válido até 25/04/2022, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Segurança em casa, em 22/10/2019, com a duração de 130 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (horas)	Classificação
Os acidentes domésticos com crianças	1:45	-
Estratégias de prevenção de acidentes em casa	1:45	-

Lisboa, 05 de dezembro de 2019

(X/A) Responsável pelo(a) APSI, «Associação para a Promoção da Segurança Infantil»

(Assinatura e selo eletrónico no reverso)



Certificado n.º 245/2019 de acordo com o modelo publicado no Decreto-Lei n.º 634/2010



Com o apoio:

