



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

‘Crianças Seguras, Famílias Felizes! - Lesões não intencionais numa região do Alentejo em crianças até aos 4 anos de idade.’

Lígia Isabel Moura Tibério

Orientação: Professora Dulce Cruz

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

‘Crianças Seguras, Famílias Felizes! - Lesões não intencionais numa região do Alentejo em crianças até aos 4 anos de idade.’

Lígia Isabel Moura Tibério

Orientação: Professora Dulce Cruz

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

“Faz da tua vida um sonho e do teu sonho uma realidade”

Antoine de Saint Exupéry

Agradecimentos

Aos meus pais e irmão, que mesmo à distância, me incentivaram na consecução deste objetivo e me motivaram durante todo o percurso.

Ao João que se manteve sempre ao meu lado e me manteve focada no objetivo final.

À professora Dulce Cruz pelas orientações e pelo apoio transmitido ao longo de todo o percurso e na elaboração do presente relatório.

Às enfermeiras orientadoras que, nos diferentes contextos clínicos, me receberam de braços abertos e me orientaram e transmitiram os conhecimentos que permitiram chegar ao fim deste percurso com competências acrescidas.

Às colegas Cláudia e Patrícia, pois sem elas todo o percurso teria sido mais difícil de concretizar.

Às crianças e famílias com quem contato diariamente e que me motivam na pesquisa de novos saberes e na melhoria contínua, enquanto pessoa e profissional.

A todos só posso dizer, Muito Obrigada!

RESUMO

Título: Crianças Seguras, Famílias Felizes! - Lesões não intencionais numa região do Alentejo em crianças até aos 4 anos de idade.

As lesões não intencionais nas crianças representam um problema de saúde pública, estando entre as principais causas de morte, incapacidade e internamento, sendo essencial a implementação e gestão de ambientes seguros.

Ao longo do presente relatório explanamos as experiências mobilizadas para a aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre através das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio e pela realização do Projeto de Intervenção.

O Projeto de Intervenção transversal aos diferentes contextos práticos pretendeu ‘Contribuir para a segurança das crianças até aos 4 anos de idade, no que respeita às lesões não intencionais, numa região do Alentejo’. Possibilitou-nos a transmissão dos números associados às lesões não intencionais nas crianças até aos 4 anos de idade, sensibilizar os profissionais de enfermagem para a importância dos cuidados antecipatórios e otimizar estratégias para a promoção de ambientes seguros.

Palavras-chave: Lesão não intencional, incidência, Crianças, Infância, Prevenção de acidentes.

ABSTRACT

Title: Safe Children, Happy Families! - Unintentional injuries in a Alentejo region in children up to 4 years of age.

Unintentional injuries in children represent a public health problem, being among the main causes of death, disability and hospitalization, and the implementation and management of safe environments is essential.

Throughout the present report, we explain the experiences mobilized for the acquisition of Nursing Specialist Skills in Infantile and Pediatric and Master's Health Nursing through the activities developed in the different practical contexts and through the Intervention Project.

The Intervention Project transversal to the different practical contexts was intended to 'Contribute to the safety of children up to 4 years of age with regard to unintentional injuries in a region of Alentejo'. It has enabled us to transmit the numbers associated with unintentional injuries in children up to 4 years of age, to sensitize nursing professionals to the importance of anticipatory care and to optimize strategies for the promotion of safe environments.

Keywords: Unintentional injury, Incidence, Child, Childhood, Accident prevention.

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Atividades inerentes à execução do projeto	56
Tabela 2 – Organização do Questionário aplicado à equipa de enfermagem do Serviço de Internamento Pediátrico	69

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição das idades dos enfermeiros a prestar cuidados no Serviço de Internamento Pediátrico	71
Gráfico 2 – Distribuição das habilitações literárias dos enfermeiros a prestar cuidados no Serviço de Internamento Pediátrico	72
Gráfico 3 – Distribuição do tempo de experiência profissional dos enfermeiros a prestar cuidados no Serviço de Internamento Pediátrico	72
Gráfico 4 – Distribuição do tempo de experiência na área pediátrica dos enfermeiros a prestar cuidados no Serviço de Internamento Pediátrico	72
Gráfico 5 – Distribuição das respostas à questão 1: ‘As lesões não intencionais são frequentes nas crianças’	79
Gráfico 6 – Distribuição das respostas à questão 2: ‘As lesões não intencionais são umas das principais causas de ocorrência aos Serviços de Urgência Pediátrica’	79
Gráfico 7 – Distribuição das respostas à questão 3: ‘As lesões não intencionais devem ser motivo de preocupação por parte dos profissionais’	80
Gráfico 8 – Distribuição das respostas à questão 4: ‘Para a redução do número de lesões não intencionais é importante a implementação de medidas de prevenção’	80
Gráfico 9 – Distribuição das respostas à questão 5: ‘Para a redução do número de lesões não intencionais é importante a implementação de medidas de prevenção em todos os locais frequentados por crianças’	81
Gráfico 10 – Distribuição das respostas à questão 6: ‘Perante os dados apresentados considero que é essencial uma mudança de comportamento e uma maior realização de cuidados antecipatórios’	81

Índice de imagens

Imagem 1 – Nível de Percepção e Atuação dos profissionais de enfermagem a prestar cuidados no Serviço de Internamento Pediátrico acerca da temática das Lesões não Intencionais	73
Imagem 2 – Nível de Percepção dos profissionais de enfermagem a prestar cuidados no Serviço de Internamento Pediátrico acerca da temática das Lesões não Intencionais	74
Imagem 3 – Nível de Atuação dos profissionais de enfermagem a prestar cuidados no Serviço de Internamento Pediátrico acerca da temática das Lesões não Intencionais	75

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, IP

ADL - Acidentes Domésticos e de Lazer

APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CICEL - Classificação Internacional de Causas Externas de Lesão

CIPE - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

CNA – Canadian Nurses Association

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EESIP - Especialistas em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica

INE - Instituto Nacional de Estatística

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica de Portugal

INSA- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

EVITA - Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de saúde

PASI - Plano de Acção para a Segurança Infantil

PCL - Perceção acerca das consequências das Lesões Não Intencionais

PCAL - Percepção acerca da importância da realização de cuidados antecipatórios

PML - Percepção sobre os mecanismos influenciadores das Lesões Não Intencionais

PNAS - Programa Nacional de Acreditação em Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RCF - Realização de cuidados antecipatórios relativos às Lesões Não Intencionais e adequados à faixa etária

RCM - Realização de cuidados antecipatórios relativos às Lesões Não Intencionais e específicos para os diferentes mecanismos de lesão

RCU - Realização de cuidados antecipatórios generalizados relativos às Lesões Não Intencionais

SCD/E - Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SO - Sala de Observação

SP – Sem Página

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

TCE - Traumatismos Crânio Encefálico

UCC - Unidade de cuidados na comunidade

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP - Unidades de cuidados de saúde personalizados

UICD - Unidade de Internamento de Curta Duração

URAP - Unidade de recursos assistenciais partilhados

USF - Unidades de Saúde Familiar

USP - Unidade de saúde pública

Índice

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	21
1.1. Lesões Não Intencionais nas Crianças e Jovens	21
1.2. A criança entre os 0 aos 4 anos de idade	29
1.2.1. O Crescimento e Desenvolvimento Motor	29
1.2.2. O Desenvolvimento Psicossocial e Cognitivo	35
1.2.2.1. Desenvolvimento Psicosexual – Sigmund Freud	35
1.2.2.2. Desenvolvimento Psicossocial – Eric Erikson	36
1.2.2.3. Desenvolvimento Cognitivo – Jean Piaget	38
1.3. Prevenção das Lesões Não Intencionais nas Crianças e Jovens	40
1.3.1. Programas de Prevenção das Lesões não Intencionais em Portugal	42
1.4. Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica na prevenção das Lesões Não Intencionais	45
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO: ‘CRIANÇAS SEGURAS, FAMÍLIAS FELIZES! - LESÕES NÃO INTENCIONAIS NUMA REGIÃO DO ALENTEJO EM CRIANÇAS ATÉ AOS 4 ANOS DE IDADE.’	50
2.1. Conceptualização da Metodologia de Projeto	50
2.2. Diagnóstico de Situação	51
2.3. Definição de Objetivos	53
2.4. Planeamento	54
2.5. Execução do Projeto de Intervenção	60
2.5.1. Estudo Observacional: ‘Lesões não Intencionais em crianças dos 0 aos 4 anos de idade’ – Atividade 1	60
2.5.1.1. Caracterização das Lesões não Intencionais em crianças entre os 0 e os 4 anos de vida numa Região do Alentejo	64
2.5.2. Estudo Descritivo: ‘Perceção e atuação da equipa de enfermagem a prestar cuidados em serviço de internamento pediátrico relativamente à temática das lesões não intencionais’ – Atividade 2	67
2.5.3. Levantamento dos pontos potencialmente perigosos e indutores de lesão não intencional no serviço de internamento pediátrico - Atividade 3	77

2.5.4. Sessão de Sensibilização dos Profissionais de Enfermagem para a problemática das Lesões não Intencionais – Atividade 4	78
2.5.5. Otimização de estratégias para a promoção de ambientes seguros – Atividade 5	82
2.6. Avaliação e Conclusões do Projeto ‘Crianças Seguras, Famílias Felizes! - Lesões Não Intencionais numa Região do Alentejo em Crianças até aos 4 anos de idade.’	84
3. APRENDIZAGEM CLINICA: DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS AOS CUIDADOS HOSPITALARES	87
3.1. Estágio I	88
3.2. Estágio Final	92
3.2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	93
3.2.2. Serviço de Urgência Pediátrica	96
3.2.3. Serviço de Internamento Pediátrico	100
3.3. CONCLUSÕES – APRENDIZAGEM CLINICA	104
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS – ANÁLISE REFLEXIVA	106
4.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA	107
4.1.1. Competências Comuns de Enfermeiro Especialista	108
4.1.2. Competências Especificas Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	119
4.2. Desenvolvimento de Competências para aquisição do Grau de Mestre	126
CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136
ANEXOS	
Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética para a efetivação do Projeto de Intervenção	cxlviii
Anexo 2 – Certificado formação ‘Sistema de perfusão contínua de insulina (bomba de insulina)’	cl

APÊNDICES

Apêndice 1 – Plano Projeto Final	cliv
Apêndice 2 – Cronograma do Projeto de Intervenção	clxi
Apêndice 3 – Tabela de extração de dados do Estudo Observacional do Tipo Transversal e Retrospectivo	clxiii
Apêndice 4 – Caracterização das Lesões não Intencionais em crianças entre os 0 e os 4 anos de vida numa Região do Alentejo	clxv
Apêndice 5 – Questionários aplicados aos profissionais de enfermagem a prestar cuidados no serviço de internamento pediátrico no decorrer da atividade 2 do Projeto de Intervenção	cxci
Apêndice 6 – Tabela de observação dos potenciais pontos potenciadores de Lesão não Intencional no Serviço de Internamento Pediátrico	cxciix
Apêndice 7 – Sessão de sensibilização dos profissionais de enfermagem prestar cuidados no serviço de internamento no decorrer da atividade 4 do Projeto de Intervenção	ccii
Apêndice 8 – Questionários aplicados após sessão de sensibilização no decorrer da atividade 4 do Projeto de Intervenção	ccxxi
Apêndice 9 – Sessão de Educação para a Saúde ‘Crianças Seguras, Famílias Felizes! – Prevenção de Acidentes com Crianças em Ambiente Doméstico – Primeiro ano de vida - ’	ccxxv
Apêndice 10 – Folheto ‘Crianças Seguras, Famílias Felizes! – Prevenção de Acidentes com Crianças em Ambiente Doméstico – Primeiro ano de vida - ’	ccxliv
Apêndice 11 – Poster ‘Chegou o Bom Tempo! O que fazer para proteger?’	ccxlvii
Apêndice 12 – Folheto ‘Chegou o Bom Tempo! O que fazer para proteger?’	ccxlix
Apêndice 13 – ‘Guia aos pais e cuidadores para manter os bebés em ambientes seguros, nos primeiros meses de vida de vida.’	cclii
Apêndice 14 – Documento a enviar aos CSP efetivado no decorrer da atividade 5 do Projeto de Intervenção	cclix
Apêndice 15 – Resumo do Artigo original elaborado ‘Lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos de idade, numa região do Alentejo.’	ccclxv

INTRODUÇÃO

As ‘Lesões não Intencionais’, que podem também surgir com a denominação de ‘Acidentes não intencionais’ ou ‘Lesões acidentes’, surgem em todo o mundo com uma das principais causas e morte e de incapacidade temporária ou permanente na faixa etária infanto-juvenil (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2011). Representam situações passíveis de prevenção através da implementação de determinadas estratégias, contudo encontram-se entre os principais motivos “ (...) para o internamento e para o recurso a serviços de urgência (...)” (Cordeiro, 2015:20).

Nesta matéria Portugal não é exceção sendo que, apesar da diminuição dos números registadas nos últimos anos, as lesões não intencionais continuam a representar um grave problema de saúde pública, com consequências a nível individual para a criança e família, assim com a nível comunitário (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2010). Contudo está comprovado que as lesões não intencionais são preveníveis através da gestão de ambientes seguros e da implementação de medidas simples de proteção e prevenção do risco.

As crianças encontram-se entre os grupos considerados como mais vulneráveis, essencialmente pelas características inatas ao seu constante crescimento e desenvolvimento e ao facto de serem crianças, apresentando uma curiosidade ilimitada, que as leva a explorar tudo em redor sem terem, no entanto, noção dos riscos a que estão sujeitas. Neste sentido e segundo dados do ‘PASI - Plano de Acção para a Segurança Infantil’ (2011), as crianças entre os 0 e os 4 anos de idade são as que representam maior risco de sofrer lesões não intencionais, nomeadamente em ambiente doméstico, sendo um grupo prioritário para intervenção.

Às características das crianças e ao estado de ser criança, o qual não se pode alterar nem bloquear, juntamos o ‘deficit’ de implementação de medidas de prevenção, quer a nível social, quer a nível familiar, nomeadamente no domicílio e/ou espaços que as

crianças frequentam diariamente. A monitorização e a prevenção demonstram ser então o pilar para a diminuição dos números associados às lesões não intencionais, sendo que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assumem um papel preponderante, uma vez que contactam com as crianças/jovens e respetiva família em diversos contextos e têm ao seu dispor as ferramentas para a capacitação dos pais/cuidadores na promoção de ambientes seguros.

A nível nacional são várias as entidades que se debruçam sobre a temática, quer ao nível da realização de estudos epidemiológicos, em que temos como exemplo o sistema ‘EVITA - Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes’, integrado no Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; quer a nível de execução de programas de promoção de ambientes seguros, como é o caso do ‘Programa Nacional de Prevenção de Acidentes – 2010 - 2016’, estruturado pelo Ministério da Saúde ou o ‘PASI - Plano de Acção para a Segurança Infantil’ resultante de uma parceria entre o Alto Comissariado da Saúde, a Associação Promoção Segurança Infantil e a Direção-Geral da Saúde.

A motivação por este tema baseou-se na nossa experiência profissional, em Serviço de Urgência Pediátrica onde diariamente recebemos crianças vítimas de lesões não intencionais, e na extensa pesquisa realizada e fundamentada nas questões que envolvem a população infanto-juvenil.

O relatório que agora apresentamos, efetivado em contexto do Mestrado em Enfermagem em Associação – Ramo de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, afigura o culminar do percurso formativo realizado ao longo das Unidades Curriculares de Estágio I e Estágio Final. Este apresenta como finalidade descrever o processo de conceção e aplicação do projeto de intervenção, analisar todo o percurso efetuado ao longo das unidades curriculares e refletir sobre a aquisição de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista e de Competências de Mestre.

Ao longo do nosso percurso pelas Unidades Curriculares mencionadas direcionamos esforços em duas vertentes distintas, mas com um mesmo objetivo, a aquisição de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, de Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde Infantil e Pediátrica e de Competên-

cias de Mestre. Por um lado efetivamos o estágio nos diferentes contextos práticos, iniciando-se nos Cuidados de Saúde Primários, passando pela Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, pelo Serviço de Urgência Pediátrico e finalizando-se no Serviço de Internamento Pediátrico; por outro lado procedemos à realização de um projeto de intervenção.

O projeto de intervenção denominado ‘Crianças Seguras, Famílias Felizes! - Lesões não intencionais numa região do Alentejo em crianças até aos 4 anos de idade’ foi desenvolvido segundo a metodologia de trabalho de projeto e enquadra-se na linha de investigação ‘Segurança e Qualidade de vida’. Este apresenta como objetivo geral ‘Contribuir para a segurança das crianças até aos 4 anos de idade, no que respeita às lesões não intencionais, numa região do Alentejo’. Para tal propusemo-nos caracterizar as lesões não intencionais, identificar a incidência e o tipo de mecanismos de lesão, bem como sensibilizar as equipas de enfermagem e os pais/cuidadores para a promoção e adoção de medidas de prevenção.

O presente relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos distintos. No primeiro capítulo, respeitante aos Enquadramento Concetual efetuamos a contextualização da temática das ‘Lesões não Intencionais’, nomeadamente no que diz respeito às suas características, mecanismos, números e regulamentação a nível nacional; fazemos uma descrição do crescimento e desenvolvimento motor, cognitivo e psicossocial das crianças entre os 0 e os 4 anos de idade; e abordamos os mecanismos e importância da prevenção das lesões não intencionais, focando também o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. No segundo capítulo, fazemos a descrição do projeto de intervenção desenvolvido, descriminando todas as etapas percorridas. Começamos por abordar o diagnóstico de situação efetivado, por forma a definir o problema emergente ao qual pretendemos dar resposta, passamos posteriormente para a definição de objetivos, planeamento e execução das atividades delineadas, sendo que terminamos com a avaliação, com a análise dos dados obtidos e com a formulação das principais conclusões. No terceiro capítulo abordamos o percurso efetuado ao longo das Unidades Curriculares de Estágio I e Estágio final, realizando a sua caracterização e contextualização. Por fim, no quarto capítulo efetuamos uma análise reflexiva e crítica, em que se correlacionam os conhecimentos obtidos com a realização dos estágios clínicos e com a efetivação do projeto de intervenção, por forma a demonstrar a aquisição de

Competências Comuns de Enfermeiros Especialista, Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Competências de Mestre.

Todo o documento obedece à Norma de Referenciação Bibliográfica da American Psychological Association [APA] 6ª edição, sendo que o texto segue as diretrizes do novo acordo ortográfico português.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. Lesões Não Intencionais nas Crianças e Jovens

As lesões não intencionais que surgem referenciadas por diversos conceitos, nomeadamente: ‘Lesões acidentais’, ‘Acidentes não intencionais’ ou simplesmente por ‘Acidentes’, sendo definidas 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).

As crianças e jovens estão entre os grupos vulneráveis às lesões não intencionais, essencialmente associado ao seu constante desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social (DGS, 2013). Este crescimento e desenvolvimento progressivos decorrem da sua interação, como ser com características próprias e individuais, com os fatores externos – ambientais e sociais. A criança em contacto com o ambiente que a rodeia, tanto em casa como na escola e meio exterior, como em contacto com as pessoas que lhe estão próximas vai realizando um “(...) aperfeiçoamento e especialização de determinadas funções, com aquisição progressiva de certas competências cada vez mais complexas em várias áreas funcionais.” (OE, 2010:78). Esta interação com o meio envolvente própria das crianças e da infância, “(...) caracterizada pela idade da descoberta, altura em que a curiosidade natural das crianças constitui o impulso para o conhecimento do meio que as rodeia.” (Ramos, Nunes e Nogueira, 2013:114), constitui um elemento benéfico no seu desenvolvimento. Contudo, “(...) quando acompanhada por fatores inerentes ao facto de ser criança e outros relacionados com o ambiente que a envolve (...)” (Ramos, Nunes e Nogueira, 2013:114) acaba por expor a situações de potencial risco, ou seja a potenciais lesões não intencionais. Neste seguimento é importante não esquecer de que “ (...) não são as crianças e os adolescentes que estão

errados; o mundo que as rodeia e onde são forçados a viver é que é agressivo, pouco fiável e recheado de armadilhas.” (Cordeiro, 2015:26).

A nível mundial, e segundo a OMS (2011), estima-se que ocorram cerca de 830 mil óbitos por ano em crianças e jovens até aos 18 anos. A juntar a este número temos os registos das crianças e jovens que necessitam de internamento e reabilitação em consequência de sequelas provocadas por lesões não intencionais, que ascendem a um valor inaceitável de dezenas de milhões por ano, a nível mundial. (OMS, 2011).

Em Portugal as taxas de mortalidade e morbilidade associadas a lesões não intencionais com crianças têm vindo a diminuir ao longo dos anos, 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, 2017:2). Num estudo realizado pela Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI] (2017a), entre os anos de 2011 e 2015 concluiu-se que morreram aproximadamente 340 crianças e jovens vítimas de lesões não intencionais. A somar a estes valores temos os registos do número total de internamentos no período entre 2012 e 2016, que ascende a aproximadamente 24.784. (APSI, 2017a).

“Há ainda a considerar aproximadamente 100 mil chamadas de emergência (112) reencaminhadas para os centros de orientação de doentes urgentes do INEM [Instituto Nacional de Emergência Médica de Portugal] devido a acidentes, entre 2013 e 2016, o que representa quase 38% do total de chamadas reencaminhadas para o INEM na população até aos 18 anos.” (APSI, 2017a:1).

Neste seguimento, segundo o Alto Comissariado da Saúde e a APSI (2011) as crianças entre os 0 e os 4 anos de vida representam um grupo de intervenção prioritária. Com base num estudo de 2010, realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA], a ocorrência de acidentes em ambiente doméstico, na referida faixa etária é relativamente elevada, quando comparada com outras, apresentando uma percentagem de cerca de 70%. (Alto Comissariado da Saúde & APSI, 2011). Segundo um estudo realizado pela APSI entre 2011 e 2015 morreram 68 crianças entre os 0 e os 4 anos de idade vítimas de lesões não intencionais e no período entre 2012 e 2016, ocorreram 5428 internamentos em consequência de acidentes com veículos a motor, intoxicações, quedas, queimaduras, afogamentos, asfixia e introdução de corpos

estranhos em orifícios corporais. (APSI, 2017a). Para além destes dados, entre os anos de 2014 e 2016, apesar da taxa de mortalidade não se apresentar elevada no grupo etário referido, as causas estão essencialmente relacionadas com “(...) Anomalias Congénitas (...), as Lesões e Envenenamentos (...) e as Neoplasias (...)” (Direção de Serviços de Informação e Análise & Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, 2018:71)

Estes números são o espelho do país no que diz respeito às lesões não intencionais em idade pediátrica. Qualquer uma das situações, quer seja de morte ou de internamento e possível incapacidade acarretam constrangimentos à criança e sua família, provocando “(...) impacto, em termos de incapacidade, anos de vida saudável perdidos, encargos financeiros com hospitalizações, baixa por doença e redução da produtividade.” (DGS, 2010:2).

Segundo a OMS (2011) a maior ameaça à vida das crianças e jovens são as lesões não intencionais provocadas por afogamentos, quedas, envenenamentos ou intoxicações, aspiração e asfixia, queimaduras e acidentes envolvendo veículos a motor.

O “Afogamento é um acontecimento no qual as vias aéreas da criança são submersas em líquido, levando a uma impossibilidade de respirar. O resultado pode ser fatal ou não, deixando sérias sequelas neurológicas em alguns acontecimentos de afogamento não fatais.” (OMS, 2008b:Sem Página [SP]). A água, como bem indispensável, está presente em muitas das atividades quotidianas, como os cuidados de higiene, sendo para além disso um meio privilegiado de brincadeira e descoberta, “(...) para a maioria das crianças significa divertimento, brincadeira e aventura, numa piscina, num lago ou simplesmente na rua, após a chuva.” (OMS, 2008b:SP). Segundo a OMS (2008b), a nível mundial, os afogamentos representam a terceira causa da morte em crianças e jovens entre os 0 e os 19 anos (a OMS não consegue dissociar os 18 dos 19 anos) em consequência de lesões não intencionais, tendo ocorrido mais de 175000 óbitos no ano de 2004. Em Portugal o afogamento representa a 2ª causa de morte por lesão acidental nas crianças e jovens, sendo que entre os anos de 2011 e 2015 morreram cerca de 30 crianças/jovens vítimas de afogamento. (APSI, 2017a). “Globalmente as crianças com menos de cinco anos estão em maior risco de afogamento (...)”(OMS, 2008b:SP), sendo as mais pequenas, as mais suscetíveis aos risco, sendo que “(...) o

afogamento pode acontecer com apenas 2,5 a 5 cm de água” (Hockenberry & Wilson, 2014:546). Após se começarem a movimentar facilmente acedem a fontes de água, como banheiras, piscinas, canais de irrigação, lagos, fontes e tanques, exigindo assim uma vigilância redobrada por parte dos pais/cuidadores. Para além da vigilância é essencial aplicar medidas preventivas como, “Esvaziar águas acumuladas não necessárias (ex: banheiras, poços e baldes [colocar] (...)) protecções laterais à volta das piscinas, cobrir poços, tanques e depósitos de armazenamento de água (...)” (OMS, 2008b:SP), assim como promover a utilização de matérias de segurança, como os coletes salva-vidas, as boias, entre outros, aquando da utilização de piscinas ou idas à praia.

As quedas, definidas pela OMS (2008c:SP) como “(...) um acontecimento cujo resultado é ficar inadvertidamente tombado no chão ou num nível mais abaixo.”, são, segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, a principal causa de ocorrência de crianças e jovens aos serviços de urgência e consequente internamento (APSI, 2014). Em Portugal, num estudo da APSI de 2012, representavam “(...) 4% das mortes acidentais com crianças e jovens” (APSI, 2014:SP), sendo que entre os anos de 2011 e 2015 morreram cerca de 15 crianças/jovens vítimas de queda. (APSI, 2017a). Durante o seu processo de desenvolvimento, as crianças/jovens passam por diversas etapas, como “(...) aprender a andar, subir, correr, saltar e explorar o ambiente físico.” (OMS, 2008c:SP), sendo as quedas parte integrante desse processo e tendo, essencialmente, como consequência arranhões e cortes simples. No entanto, em quedas mais complexas, como as que ocorrem de alturas elevadas, de edifícios, árvores, penhascos, escadas, varandas e janelas podem ter consequências mais severas, sendo “(...) a principal causa de lesões traumáticas cerebrais, com risco significativo de sequelas crónicas (...)” (OMS, 2008c:SP). É então, essencial a adoção de medidas de prevenção, por parte dos pais e cuidadores, nomeadamente, o conhecimento e literacia em relação às competências da criança, consoante a sua faixa etária; a “(...) vigilância constante, a atenção e a supervisão.” (Hockenberry & Wilson, 2014:540); a colocação de dispositivos de segurança, “A adaptação dos ambientes construídos é essencial. A colocação de grades eficazes nas varandas e terraços (não escaláveis e difíceis de transpor ou gerar desequilíbrios), de limitadores de abertura de janelas (...) e cancelas em escadas (...)” (APSI, 2014:SP); e a utilização de produtos assinalados como seguros

e que estejam certificados pela ‘European Child Safety Alliance’ (2013), e/ou documentados digitalmente pela APSI (2017c).

O envenenamento ou intoxicação, consiste, segundo a OMS (2008d:SP) na “(...) destruição de células pela inalação, ingestão, injeção ou absorção de uma substância tóxica.”. Em consequência da personalidade curiosa, característica das crianças, estas tendem a explorar o ambiente que as rodeia, recorrendo a todos os sentidos - olfato, tato, gosto. Este facto associado a más práticas por parte dos pais/cuidadores no que diz respeito ao armazenamento de substâncias tóxicas, como produtos de limpeza, medicamentos, pesticidas e também à existência de plantas tóxicas em locais acessíveis às crianças, origina elevadas taxas de mortalidade e morbidade associadas a intoxicações. “ (...) todos os anos milhões de chamadas são feitas para os centros de controlo de intoxicações e centenas de crianças são admitidas nos serviços de urgência.” (OMS, 2008d:SP). Segundo a OMS (2008d), em 2004 ocorreram 45000 óbitos de crianças e jovens em consequência de intoxicações não intencionais, o correspondente a “(...) 13% de todo as intoxicações fatais no mundo.” (OMS, 2008d:SP). Em Portugal, entre 2012 e 2016, “(...) as intoxicações surgem como 2ª causa de internamento (...)” (APSI, 2017a:6) nas crianças entres os 0 e os 4 anos de vida. Os níveis de toxicidade estão dependentes de diversos fatores, tais como, tipo de substância, forma de exposição, dosagem e idade da criança.

“A taxa de mortalidade por intoxicação é a mais elevada em crianças com menos de um ano (...) [uma vez que,] As crianças mais novas são mais susceptíveis a intoxicações devido ao seu tamanho e desenvolvimento incompleto particularmente em relação à toxicidade da maioria das substâncias relacionadas com a dose por kilograma de peso.” (OMS, 2008d:SP).

É assim de extrema importância um cuidado acrescido por parte dos pais/cuidadores como medida de prevenção, uma vez que “A única maneira inequívoca de prevenir o envenenamento é remover os agentes tóxicos, o que significa colocar as embalagens longe do alcance ou contacto (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014:545) da criança.

A sufocação e asfixia “(...) é uma das maiores causas de lesão fatal em crianças (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014:540), surgindo, em Portugal “(...) como a 3º causa de morte acidental (...)” (APSI, 2017a:4). Durante o seu desenvolvimento, e essencialmente na fase inicial da vida, as crianças tendem a descobrir os objetos

levando-os à boca, o que pode originar asfixia e/ou sufocação. Aquando da exploração do meio envolvente a criança vai-se cruzando com os mais diversos objetos, como brinquedos, botões, sacos de plástico, entre outros, sendo todos eles potenciadores de risco. “Os brinquedos podem ser uma fonte de perigo e a segurança tem de ser uma consideração fundamental na sua escolha.” (Hockenberry & Wilson, 2014:619), devendo os pais optar por brinquedos específicos a cada faixa etária, que normalmente vem descrito nas embalagens. Os pais devem primar pela prevenção, evitando deixar pequenos objetos ‘espalhados’ pela casa e acessíveis às crianças, devendo, também ter sempre em conta que alguns objetos simples e que podem estar presentes em qualquer lado e atrair a atenção das crianças, como os balões, representam grande perigo, “Balões de látex, quer estejam parcialmente cheios, vazios ou rebentados, são a primeira causa de morte pediátrica por sufocação (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014:542). Outro fator de potencial risco de sufocação e/ou asfixia é a hora da refeição. “Os alimentos são a segunda causa mais comum de aspiração (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014:540) e consequente asfixia. Por esta razão é essencial que os pais/cuidadores tenha especial atenção na hora de alimentar a criança. Inicialmente, devem “Pegar no latente para o alimentar; não apoiar o biberão.” (Hockenberry & Wilson, 2014:541), posteriormente, com a introdução de novos alimentos, estes devem ser oferecidos à criança de forma faseada, em pequenos pedaços, evitando frutos secos e com caroços. Em suma, e em consonância com outros potenciadores de risco, o fator essencial de proteção é a prevenção por parte dos pais/cuidadores.

As queimaduras definidas pela OMS (2008e:SP) como lesões “(...) da pele ou outro tecido humano (...)” podem ter as mais diversas causas, tais como: líquidos quentes - água, óleo, sopa; inalação de fumo, exposição solar ou “Outras fontes de calor, como radiadores, lareiras, fornos acessíveis, aquecimentos a queratose ou fornos a lenha (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014:616) sendo um risco constante para as crianças e apresentando elevadas taxas de mortalidade e morbilidade. Segundo OMS (2008e), cerca de 96000 crianças morreram no ano de 2004 vítimas de queimaduras, sendo que grande fatia destes números ocorreu “(...) nas regiões mais pobres – África e Sudeste asiático (...)” (OMS, 2008e:SP). Por outro lado, quando não ocorre o óbito, estas crianças ficam com sequelas graves com necessidade de “(...) reinternamentos e necessidade de reabilitação a longo prazo (...) [com] custos para as crianças e suas famílias (...)”(OMS, 2008e:SP). A única forma de prevenir lesões por queimaduras

passa por um conhecimento dos pais/cuidadores das competências da criança e pela prevenção antecipada com a colocação de barreiras de proteção para que a criança não se consiga aproximar de fontes de calor, a existência de cuidados redobrados quando se utiliza o fogão, “(...) vire as pegas das panelas para as costas do fogão (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014:616), e utilização da proteção adequada quando a criança se encontra exposta a radiação solar, esta

“(...) pode ser evitada aplicando um protetor solar com fator de proteção solar (FPS) 15 ou mais alto, usando vestuário protetor (chapéu da abas largas roupa protetora de algodão com tecido apertado) e evitando a exposição ao sol entre as 10h e as 14h.” (Hockenberry & Wilson, 2014:617).

“ À medida que as crianças crescem, o seu pequeno mundo da casa alarga-se à rua e às estradas, onde estão expostas a riscos e a perigos” (OMS, 2008f:SP). Estas podem sofrer lesões não intencionais em consequência do contacto com veículos a motor, de mais diversas formas e nos mais diversos cenários, estando no papel de peões, ciclistas ou passageiros.

“(...) enquanto peões são as vítimas mais susceptíveis de acidentes de viação e morte (...) representam 5-10% de toda as mortes por acidente de viação nos países ricos [e] (...) 30-40% de todas as mortes por acidente de viação nos países de baixos e médios rendimentos.” (OMS, 2008f:SP);

por outro lado “(...) enquanto ciclistas representam 3-15% dos feridos e 2-8% de todas as mortes (...)”(OMS, 2008f:SP). As crianças estão mais suscetíveis de risco de lesão, enquanto peões e enquanto ciclistas, sendo que “Os atropelamentos envolvendo crianças representam um número significativo de mortes relacionadas com veículos a motor.” (Hockenberry & Wilson, 2014:5). Estes ocorrem essencialmente quando estas se encontram em zonas subjacentes a passagem de veículos sem supervisão, pois não têm maturidade suficiente para ter noção do perigo.

“(...) incapazes de avaliar a velocidade de um carro, as crianças são atingidas por um veículo em movimento. Correr atrás de uma bola, brincar num monte de folhas, neve ou dentro de uma caixa de cartão, conduzir um triciclo e brincar atrás de um carro estacionado ou perto do passeio são atividades vulgares que podem resultar numa tragédia com veículos.” (Hockenberry & Wilson, 2014:614).

Cabe aos pais/cuidadores tomar medidas preventivas e realizar uma vigilância reforçada das crianças quando estas brincam na rua para evitar ocorrência de lesões não intencionais. Por outro lado, no que respeita às crianças como passageiros de veículos motorizados, estas estão mais suscetíveis de sofrer qualquer tipo de lesão não intencional, quando não são utilizadas medidas preventivas, como os sistemas de

retenção adequados à faixa etária e peso. “As crianças sem proteção têm maior probabilidade de serem mortas em colisões do que aquelas que usam sistemas de retenção adequados [sendo que] as crianças enquanto passageiros representam 50% de todas as mortes por acidente de viação nos países ricos.” (OMS, 2008f:SP). Mais uma vez, cabe aos pais/cuidadores tomar medidas preventivas adequando os sistemas de retenção à criança e assegurando que estes estão certificados pela ‘European Child Safety Alliance’ (2013), e/ou documentados digitalmente pela APSI (2017c), de forma a diminuir o flagelo das consequências dos acidentes de viação com crianças, que “(...) são a principal causa de incapacidade das crianças (...)”(OMS, 2008f:SP). Em Portugal, a nível global, entre os anos de 2011 e 2015 morreram cerca de 240 crianças/jovens vítimas de acidentes envolvendo veículos a motor e cerca de 6500 necessitaram de internamento e tratamento. (APSI, 2017a).

Todos os mecanismos de lesão não intencional descritos anteriormente são influenciadas por múltiplos fatores, nomeadamente: pelas características próprias de cada criança – idade, sexo, nível de desenvolvimento, existência ou não de patologias; pelas condições do ambiente em que a criança se insere – existência ou não de medidas preventivas; pelas competências dos pais/cuidadores – nível socioeconómico, literacia, parentalidade, rotinas, conhecimento das diferentes fases de desenvolvimento e das competências da criança e de potenciais comportamentos de risco; e pela existência ou não de comportamentos de risco – nível de conhecimento de medidas de segurança, nível de perceção do risco, conhecimento dos recursos de saúde (Ramos & Nunes, 2014).

“ (...) as principais vítimas de um ambiente de má qualidade e perigoso são sempre os grupos psicológica e fisicamente mais vulneráveis ou com menores capacidades adaptativas, seja decorrente da sua própria vulnerabilidade e das suas características biológicas, psicológicas e sociais (...), seja dos seus estilos de vida específicos (...)”(Cordeiro, 2015:26).

“As baixas condições socioeconómicas (...) são factores de risco comuns a todo o tipo de acidentes, sendo, neste contexto, as crianças, as principais vítimas.” (DGS, 2010:4)

Em suma, uma criança está mais ou menos exposta consoante o seu estágio de desenvolvimento, a literacia dos pais/cuidadores e a presença ou ausência de fatores de risco e prevenção de lesões.

1.2. A Criança entre os 0 e os 4 Anos de Idade

1.2.1. O crescimento e desenvolvimento motor

“Em nenhuma outra altura da vida as mudanças físicas e as conquistas do desenvolvimento são tão acentuadas como durante a infância.” (Hockenberry & Wilson, 2014:492). Estas conquistas de desenvolvimento não seguem uma linha progressiva e contínua e não ocorrem de igual forma em toda as crianças. “O desenvolvimento motor, o desenvolvimento cognitivo e o desenvolvimento emocional parecem todos seguir uma linha irregular e com altos e baixos e fases estacionárias.” (Brazelton, 2010:11). Durante o primeiro ano de vida o crescimento ocorre de forma rápida, posteriormente “(...) o crescimento prossegue em ritmo acelerado, mas decrescente, ao longo dos três primeiros anos.” (Papalia & Feldman, 2013:166). O processo de crescimento e de desenvolvimento das crianças não tem um efeito apenas sobre estas, influenciando, também, as pessoas que as rodeiam, nomeadamente aos pais/cuidadores. Desta forma é importante “(...) partilhar com os pais o comportamento do bebé e de os sensibilizar para as capacidades e espantosa variedade de respostas que ele já apresenta ao nascer.” (Brazelton, 2010:43).

O primeiro ano é dos mais importantes na vida de uma criança no que concerne aos fatores de crescimento e desenvolvimento. “O crescimento é rápido (...) especialmente durante os 6 meses iniciais.” (Hockenberry & Wilson, 2014:492). O bebé cresce exponencialmente a nível físico, com aumento do peso, do comprimento, do tamanho do perímetro cefálico. “O perímetro cefálico aumenta aproximadamente 2 cm por mês desde o nascimento até aos 3 meses, 1 cm por mês dos 4 aos 6 meses e 0,5 cm por mês durante os segundos 6 meses.” (Hockenberry & Wilson, 2014:492). Este crescimento exponencial da cabeça faz com que a parte de cima do corpo seja mais pesada, podendo potenciar situações de afogamento ou asfixia, pois, por exemplo ao cair dentro de um balde ou estando na posição de bruços, o bebé vai ter dificuldade em levantar a cabeça devido ao seu peso. (Hockenberry & Wilson, 2014). Para além do aumento do perímetro cefálico a cabeça do latente passa por alterações importantes relacionadas com a maturação e encerramento das fontanelas cranianas. No momento do nascimento o bebé apresenta duas fontanelas, uma anterior e uma posterior, que representam zonas compostas por membrana não ossificada e frágeis. O seu encerramento ocorre de forma faseada,

sendo que a posterior encerra às “(...) 6 a 8 semanas de vida e o encerramento da fontanela anterior [ocorre] aos 12 a 18 meses (sendo a idade média os 14 meses). (Hockenberry & Wilson, 2014:492). A presença das fontanelas torna o latente especialmente vulnerável em situações de queda ou traumatismo, pois na fase anterior ao seu encerramento o crânio apresenta-se mais frágil e passível de sofrer lesão, quer a nível externo como interno, ao nível dos tecidos moles do cérebro.

Durante este período a criança passa também por uma maturação a nível das suas competências. Nos primeiros meses apresenta unicamente reflexos primitivos, que gradualmente vão sendo “ (...) substituídos pelo movimento voluntário e com propósito, e surgem novos reflexos (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014:492). Ou seja, adquire competências nos campos da motricidade grosseira, relacionada com a “(...) maturação da postura, o controlo da cabeça, o equilíbrio, conseguir sentar-se, gatinhar, erguer-se e andar.” e da motricidade fina, relacionada com “O comportamento motor fino [que] inclui o uso das mãos e dos dedos na preensão (agarrar) de um objeto.” (Hockenberry & Wilson, 2014:496). “Ninguém precisa ensinar aos bebês habilidades motoras básicas como agarrar, engatinhar e andar. Eles apenas precisam de espaço para se movimentar e liberdade para ver o que podem fazer.” (Papalia & Feldman, 2013:159). Durante a passagem dos meses, e aliando o desenvolvimento do sistema nervosa central com o desenvolvimento físico e com a estimulação externa promovida pelo ambiente e pelas pessoas que rodeiam o bebé, este vai desenvolvendo as suas capacidades motoras e surpreendendo quem o rodeia, a cada dia, com novas capacidades.

Logo após o nascimento os recém-nascidos apresentam reflexos primitivos, sendo que ao mexerem de forma involuntária os braços e as pernas “ (...) podem rebolar acidentalmente devido ao dorso arredondado.” (Hockenberry & Wilson, 2014:498). Posteriormente, e de forma gradual, o bebé começa a controlar os seus movimentos. Um bebé com 3 semanas apenas já apresenta movimentos com um determinado objetivo “ Quando se move, fá-lo suavemente, e pode até conseguir objectivos, como levar a mão à boca ou agarrar uma mão com a outra.” (Brazelton, 2010:80). Progressivamente os movimentos motores vão ganhando cada vez mais um propósito, sendo que “Por volta das seis a oito semanas, a maior parte dos bebés já começou, em certa medida, a controlar os reflexos. (...) o bebé consegue agora controlar as pernas e os braços.” (Brazelton, 2010:101). Por volta dos dois meses de vida o bebé começa a ganhar um maior interesse

pelos objetos que o rodeiam, como mobiles pendurados no berço ou brinquedos colocados perto do seu campo de visão. “Em posição dorsal, segue o movimento de um brinquedo do princípio ao fim e para além da linha média” (Hockenberry & Wilson, 2014:509), podendo passar um bom tempo fixado neles, observando-os. “Nesta fase eles gostam também de observar as mãos, virando-as inúmeras vezes em frente dos olhos. Deste modo aprendem a coordenação mãos-olhos, que lhes será útil quando (...) começarem a deitar as mãos às coisas.” (Brazelton, 2010:102). O reflexo de preensão acompanha o bebé desde o momento do nascimento, apresentando-se inicialmente como um reflexo involuntário, sempre que o bebé sente o toque, por exemplo de um dedo, na base dos dedos das mãos e/ou dos pés realiza a flexão dos dedos (Hockenberry & Wilson, 2014). Posteriormente, e de forma progressiva, este reflexo passa de involuntário para uma ação voluntária. “Por volta dos três meses e meio de idade, a maioria dos bebés consegue agarrar um objeto de tamanho moderado, como um chocalho, mas tem dificuldade em segurar objetos pequenos.” (Papalia & Feldman, 2013:160). É também nesta fase que o bebé começa a adquirir mais coordenação motora, sendo que “Depois de três meses, um bebê mediano começa a rolar deliberadamente (e não acidentalmente, como antes (...))” (Papalia & Feldman, 2013:161). Ao atingirem os quatro meses os bebés tornam-se mais irrequietos, constantemente tentam “(...) aprender a sentar-se e a usar as mãos para transferir objetos de uma para a outra. Ambas as actividades lhes abrem novos mundos para explorar. (...) Um bebé desta idade está sempre ávido de movimento. (...)” (Brazelton, 2010:121). Ao conseguirem transferir os objetos de uma mão para a outra adquirem a capacidade de brincar com eles. Por volta dos cinco meses os latentes já adquiriram a capacidade de manusear livremente os objetos, de os levar à boca, de os observar e de os examinar através do toque.

“Pegar em objectos, transferi-los de uma das mãos para a outra e levá-los à boca para os explorar continuam a ser partes vitais da aprendizagem. (...) Se lhes dermos brinquedos adequados para esta fase, ele ficará entretido durante longos espaços de tempo.” (Brazelton, 2010:126).

Por outro lado, nesta fase, o bebé já adquiriu o “(...) controlo progressivo da cabeça e o fortalecimento da coluna vertebral.” (Hockenberry & Wilson, 2014:498), conseguindo permanecer na posição de sentado, mas apenas com apoio, mantendo-se inclinado para a frente sobre os braços, não conseguindo alterar a sua posição, apenas consegue tombar para a frente. Para além disso começa a adquirir o conceito de movimento. Ao ser colocado em decúbito ventral ou quando rebola sobre si e alterna de decúbito dorsal para ventral ou quando está sentado e tomba ficando de barriga para baixo “Ten-

tará arrastar-se, deslizando sobre a barriga.” (Brazelton, 2010:126), normalmente movendo-se para trás. Cerca dos seis meses “(...) os lactentes aumentaram a competência manipulativa” (Hockenberry & Wilson, 2014:511). Nesta fase têm a capacidade para segurar o biberão, agarrar nos seus pés e de os puxar para a boca, descartar um brinquedo quando lhe oferecem um outro e de recuperar um objeto caído. (Hockenberry & Wilson, 2014). Para além disso começa a utilizar o movimento em pinça, ainda que grosseira, “(...) em que polegar e indicador se tocam nas extremidades formando um círculo, o que torna possível pegar objetos pequenos.” (Papalia & Feldman, 2013:159). Começa também “(...) a endireitar as costas e a dominar o equilíbrio antero-posterior. Mas os braços ainda lhe servem de apoios laterais. (...) É-lhe ainda muito difícil ficar sentado sem ajuda.” (Brazelton, 2010:134). Por volta dos sete meses “(...) os lactentes conseguem sentar-se sozinhos, inclinando-se para a frente para se apoiarem nas mãos.” (Hockenberry & Wilson, 2014:498), o que representa um passo importante no seu desenvolvimento, permitindo-lhe “(...) eventualmente brincar por bocadinhos com os brinquedos à sua frente, mas se cair sabe que não consegue voltar a sentar-se por si só.” (Brazelton, 2010:134). Nesta mesma fase entre os sete e os oito meses os bebés começam a adquirir a noção de localização espacial, sendo que, ao ser colocado em “(...) frente de um espelho e os pais se dirigem a ele por detrás, pode, de início, tentar reagir-lhes. Depois, vira-se para ver onde estão realmente as pessoas que lhe são familiares.” (Brazelton, 2010:142). Ao atingirem os oito meses os bebés já adquiriram um maior controlo sobre a preensão fina, conseguindo realizar corretamente o movimento em pinça e conseguindo alcançar pequenos objetos de forma mais eficaz. “À medida que explora esta nova aquisição, agarra todas as coisas pequenas que encontra. Cotão no chão, um comprimido de aspirina que ficou caído, (...) tudo se torna excitante para ela. Leva tudo à boca para uma exploração mais completa.” (Brazelton, 2010:135). Este desenvolvimento da motricidade fina deve-se em parte ao fato de nesta fase os bebés terem a capacidade de “(...) sentar-se bem sem apoio e começam a explorar as redondezas nesta posição, em vez de na posição deitada.” (Hockenberry & Wilson, 2014:498). Para além disto a sua destreza para se arrastar sobre a barriga desenvolveu-se e aprimorou-se e neste momento o bebé já se consegue arrastar para a frente, movimentando-se livremente, sendo também “(...) provável que se erga apoiado nas quatro extremidades, balançando-se para trás e para a frente (...)” (Brazelton, 2010:136). “Nesta fase deve dar-se especial atenção à limpeza do ambiente em que a criança se encontra, não deixando objectos perigosos ao pé dela.” (Brazelton, 2010:135). Ao atingir os nove meses o bebé

“(…) progride para gatinhar sobre as mãos e os joelhos (com o umbigo fora do chão) (…)”(Hockenberry & Wilson, 2014:498). No entanto é importante, mais uma vez, ressaltar que os bebês não se desenvolvem todos da mesma forma e ao mesmo ritmo, sendo que “Cada criança que gatinha tem uma maneira distinta de o fazer, mas muitas nunca chegam a fazê-lo. (….) Muitas passam do sentar-se para o pôr-se de pé e para o caminhar, sem nunca se arrastarem ou gatinharem.” (Brazelton, 2010:137). É também nesta fase, mais especificamente entre os 9 e os 11 meses, que os bebês se começam a levantar “(…) agarrados à mobília e podem elevar-se para a posição de pé, mas não são capazes de voltar para baixo exceto se caindo.” (Hockenberry & Wilson, 2014:498). É comum verificar-se que os bebês, nesta fase, permanecem de pé por longos períodos de tempo “(…) e depois choram, mas mais de frustração do que de dor. Se caem, desatam num pranto. Não é a queda em si que dói, mas sim o facto de terem perdido novamente essa capacidade.” (Brazelton, 2010:148). Progressivamente os bebês conseguem movimentar-se na posição ereta, quer seja agarrados aos móveis e deslocando-se de lado, quer seja segurando a mão de alguém, adquirindo uma certa autonomia. “A autolocomoção gera mudanças em todos os domínios do desenvolvimento.” (Papalia & Feldman, 2013:167). Adquire a capacidade “(…) de se deslocar de um lugar para outro. Agora, os objectos proibidos que estão sobre as mesas tornam-se acessíveis. O mundo já não é plano. Ele acrescentou-lhe uma terceira dimensão.” (Brazelton, 2010:149). Esta é uma fase crucial no crescimento e desenvolvimento do bebê, pois com a aquisição de mobilidade pelo espaço que o rodeia este tem acesso a uma interminável quantidade de possibilidades que lhe vão permitir desenvolver competências cognitivas, psicossociais e motoras. No entanto esta nova fase trás consigo novos problema, pelo que

“(…) os pais precisam de proteger o filho da própria curiosidade. Muito antes disto, todos os pais deveriam inspeccionar a casa, procurando potenciais perigos para uma criança indefesa que gosta de explorar. Devem procurar as tomadas de electricidade que estão à vista, as escadas que precisam de vedações, venenos ou medicamentos dentro ou fora dos armários. Os bebês descobrem tudo. Os meses seguintes serão feitos de surpresas inesperadas, e os pais devem estar preparados para elas.” (Brazelton, 2010:137).

Entre os 11 e os 12 meses “(…) o lactente progrediu para uma preensão em pinça precisa.” (Hockenberry & Wilson, 2014:496), realizando movimentos relacionados com a motricidade fina com grande precisão e procurando objetos muito pequenos que lhe levarem curiosidade. A juntar a este fato os bebês adquirem ainda mais autonomia, sendo que, na maior parte das vezes já têm a capacidade para “(…) largar o apoio e fica

de pé sozinho (...) [representando mais um passo para alcançar a] principal realização da infância: andar.” (Papalia & Feldman, 2013:161).

Tal como referido anteriormente o ritmo de crescimento e desenvolvimento abranda após o primeiro ano de vida. Durante o primeiro e segundo ano de vida a criança vai aprimorando as suas capacidades de motricidade grosseira e fina. “Mais ou menos no início do segundo ano de vida, por vezes mais cedo, o bebé começa a andar. Um mundo novo espera-o – é o mundo da independência.” (Brazelton, 2010:165), sendo que inicialmente se movimentam “(...) utilizando uma postura larga para aumentar o equilíbrio (...)”(Hockenberry & Wilson, 2014:589) e se tentam correr caem muito facilmente. Após os dois anos começam também a “(...) subir e descer degraus (...) a saltar com os dois pés, aguentar-se num só pé durante um ou dois segundos e a dar alguns passos em bicos dos pés.” (Hockenberry & Wilson, 2014:589). Nesta mesma fase aperfeiçoam as suas capacidades no que diz respeito à motricidade fina. Começam a ter a capacidade de atirar ou receber objetos, como uma bola e de, por exemplo, “(...) enfiar um berlinde numa garrafa com um gargalo estreito.” (Hockenberry & Wilson, 2014:589). Esta é também uma fase que exige máxima atenção e vigilância por parte dos pais/cuidadores, uma vez que “(...) a criança passa todo o dia a fazer experiências. Trepas para cima de tudo o que vê, achando esta actividade muito excitante, mas não tem noção das alturas. Por isso os pais têm de a proteger.” (Brazelton, 2010:205). Entre os 3 e 4 anos de idade a criança já adquiriu a sua capacidade de locomoção, que lhe dá independência, sendo que nesta fase consegue “(...) correr, trepar e saltar bem (...) anda de triciclo, caminha em bicos de pés, equilibra-se num só pé durante alguns segundos e dá saltos grandes.” (Hockenberry & Wilson, 2014:623). Relativamente à sua motricidade fina, a criança é capaz de segurar um lápis e “(...) copia um círculo e imita uma cruz, linhas horizontais e verticais (...) rabisca desenhos mas consegue nomear aquilo que desenha.”(Hockenberry & Wilson, 2014:623).

Em suma, nos primeiros anos de vida de uma criança, e especialmente durante o primeiro ano, esta encontra-se em constante crescimento e desenvolvimento, que progressivamente lhe permitem adquirir competências. As informações anteriormente explanadas são meramente indicativas do crescimento e desenvolvimento infantil, sendo essencial compreender e passar aos pais a informação de que as etapas de desenvolvimento e “(...) a velocidade de passagem de um estágio a outro varia de uma

criança para outra e, conseqüentemente, a idade de aparecimento de novas aquisições também difere.” (DGS, 2013:2).

1.2.2. O desenvolvimento Psicossocial e Cognitivo

Vários foram os teóricos que se debruçaram sobre o desenvolvimento psicossocial e cognitivo infantil formulando teorias que ajudam o profissional de enfermagem a compreender e avaliar o comportamento da criança, de entre eles destacam-se, Sigmund Freud, Eric Erikson, e Jean Piaget.

1.2.2.1. Desenvolvimento Psicosexual – Sigmund Freud

Sigmund Freud debruçou-se sobre a “(...) perspectiva psicanalítica, segundo a qual o desenvolvimento é moldado por forças inconscientes que motivam o comportamento humano.” (Papalia & Feldman, 2013:59). Segundo a sua perspectiva a personalidade humana é composta por ‘id’, ‘ego’ e ‘superego’. O ‘id’ condiciona o comportamento dos recém-nascidos e “(...) opera sob o *princípio do prazer* – o impulso que busca satisfação imediata de suas necessidades e desejos.” Papalia & Feldman, 2013:59); o ‘ego’, que se vai desenvolvendo ao longo do primeiro ano de vida do bebê, está relacionado com a razão e com a realidade; e o ‘superego’, que se desenvolve entre e os 5 e os 6 anos de vida da criança, está relacionado com a consciência e com o “(...) sistema de valores da criança “deveres” e “proibições” socialmente aprovados.” Papalia & Feldman, 2013:59). Para Freud estes três componentes da personalidade correlacionam-se entre si, sendo que “O ego intermedia os impulsos do id e as demandas do superego.” (Papalia & Feldman, 2013:59).

Através da aplicação da sua perspectiva psicanalítica Freud delimitou o desenvolvimento psicosexual em cinco fases: a fase oral entre o nascimento e os 12/18 meses de vida; a fase anal entre os 12/18 meses e os 3 anos de vida; a fase fálica entre os 3 e os 6 anos; a fase de latência que se perlonga entre os 6 anos e a puberdade; e a fase genital que se estende da puberdade até à idade adulta.

Em contexto da temática evidenciada, torna-se relevante o foco na primeira fase do desenvolvimento psicossocial, a Fase Oral, em que a criança busca o prazer no ato de sugar e “(...) obtém gratificação ao chuchar, mamar, morder, mastigar e engolir (...)” (OE, 2010: 111). Em consequência desta constante busca de prazer e de satisfação imediata o bebê tem a tendência para colocar constantemente os objetos que apanha na boca, de forma involuntária, o que pode levar a situação de potencial risco, caso este apanhe objetos de menores dimensões ou que possam provocar alguma lesão. Desta forma torna-se essencial a prática de uma vigilância permanente.

1.2.2.2. Desenvolvimento Psicossocial – Eric Erikson

Erickson debruçou-se sobre o desenvolvimento psicossocial de bebês e crianças, agrupando-o em diferentes estádios.

Ao período entre o nascimento e até cerca dos 18 meses destacou-o como uma fase em que impera a Confiança VS Desconfiança. Nos “(...) primeiros meses, o bebê desenvolve o senso de confiança nas pessoas e nos objetos de seu mundo. Ele precisa desenvolver um equilíbrio entre confiança (que lhe permite formar relacionamentos íntimos) e desconfiança (que lhe permite proteger-se).” (Papalia & Feldman, 2013:219). Neste período, a criança “Depende das pessoas significativas para conforto e apoio na construção da confiança.” (Johnson & Keogh, 2012:17). Esta ao receber cuidados cria a segurança de que as suas necessidades básicas serão satisfeitas, ou seja que receberá alimentação, cuidados de higiene, conforto, carinho e atenção. “O elemento crucial para a consecução desta tarefa é a qualidade da relação entre o progenitor (ou prestador de cuidados) e a criança e os cuidados que a criança recebe.” (Hockenberry & Wilson, 2014:499). Pais e criança têm de construir esta relação em parceria, tentando compreender conjuntamente como responder às necessidades emergentes. É essencial que os pais compreendam os comportamentos da criança de forma a não satisfazerem as suas necessidades antes do tempo, ou seja, antes de ela as manifestar, nem tardiamente; pois “Quando o desenvolvimento desta sincronia fracassa, o eventual resultado é a desconfiança.” (Hockenberry & Wilson, 2014:499). Quando esta relação é bem-sucedida e a criança adquire confiança vai ter maior capacidade para lidar com situações desconhe-

cidas em fases posteriores do desenvolvimento. Em suma, e segundo Erikson (1982), citado por Papalia & Feldman (2013:219) “Se predominar a confiança (...) a criança desenvolve a (...) crença de que poderá satisfazer suas necessidades e desejos (...). Se predominar a desconfiança, a criança verá o mundo como hostil e imprevisível e terá dificuldade para estabelecer relacionamentos.”

Posteriormente, “Erikson (1950) identificou o período entre 18 meses e 3 anos como o segundo estágio no desenvolvimento da personalidade, autonomia versus vergonha e dúvida, marcado pela passagem do controle externo para o autocontrole.” (Papalia & Feldman, 2013:228). Nesta fase, em consequência do seu crescimento e desenvolvimento e aquisição de competências como a linguagem e o controle das necessidades fisiológicas, a criança manifesta uma certa autonomia, apresentando também a noção de que os seus comportamentos têm um efeito previsível sobre os outros. Por este fato “(...) é levada a buscar sua independência em relação aos vários adultos aos quais está apegada.” (Papalia & Feldman, 2013:228). No entanto esta situação leva a criança a levantar questões, surgindo dúvida, pois esta vê-se “(...) confrontada com o conflito de exercer a sua autonomia e abandonar a tão apreciada dependência dos outros. [ou] manter um comportamento dependente e submisso [que] é habitualmente recompensado com afeto e aprovação.” (Hockenberry & Wilson, 2014:590). Desta dúvida surge um outro sentimento, o da vergonha, pois a criança sente “ (...) medo de exercer as suas capacidades de manipulação do ambiente.” (Hockenberry & Wilson, 2014:590). É pois de extrema importância a intervenção dos pais/cuidadores na mediação e na imposição de limites. “As crianças pequenas precisam que os adultos estabeleçam limites apropriados; assim, a vergonha e a dúvida ajudam-nas a reconhecer a necessidade desses limites.” (Papalia & Feldman, 2013:228). Esta fase é então marcada pela “(...) aquisição do sentido de autonomia, ao mesmo tempo que ultrapassa um sentido de dúvida e vergonha.” (Hockenberry & Wilson, 2014:590).

Por fim, para a fase pré-escolar entre os 3 e os 5 anos, Erikson definiu o desenvolvimento com o estágio da Iniciativa versus Culpa. “Erikson referiu que a principal tarefa psicossocial deste período é a aquisição do sentido de iniciativa.” (Hockenberry & Wilson, 2014:624). Nesta fase a criança passa por um período de grande aprendizagem, desdobrando-se em múltiplas atividades. “O conflito surge do crescente desejo de planejar e executar atividades e as crescentes dores de consciência que a criança pode ter a

respeito desses planos. Crianças em idade pré-escolar podem fazer – e querem fazer – cada vez mais.”. (Papalia & Feldman, 2013:288). Para além disso as crianças confrontam-se com um novo paradigma relativo à sua personalidade, por um lado mantêm a sua espontaneidade e imaturidade associada ao fato de ser criança, por outro lado começam a ter mais noção da “(...) diferença entre o certo e o errado, o bom e mau, é o início da moralidade.” (Hockenberry & Wilson, 2014:624). Em suma, esta fase é marcada pela aprendizagem e controlo dos “(...) impulsos conflitantes [que] desenvolvem a “virtude” do propósito, a coragem de imaginar e buscar metas sem serem indevidamente inibidas pela culpa ou pelo medo da punição (Erikson, 1982).” (Papalia & Feldman, 2013:288).

1.2.2.3. Desenvolvimento Cognitivo – Jean Piaget

Jean Piaget descreveu o desenvolvimento da criança de acordo com a sua progressão na aquisição de conhecimento.

O primeiro estágio definido por Piaget compreende “O período entre o nascimento e os 24 meses é denominado estágio sensório-motor (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014:500). Segundo Piaget, é neste período que “(...) os bebês aprendem sobre si mesmos e sobre o mundo mediante suas atividades sensoriais e motoras. Os bebês passam de seres que respondem basicamente por meio de reflexos e comportamento aleatório a crianças orientadas para uma meta.” (Papalia & Feldman, 2013:176). Durante o estágio sensório-motor os bebês inicialmente “(...) exercitam seus reflexos inatos e obtêm algum controle sobre eles.” (Papalia & Feldman, 2013:177). Vão, então, progressivamente adquirindo controlo sobre os seus reflexos que passa de involuntários para ações voluntárias, existindo um, “Reconhecimento da ocorrência da casualidade quando a repetição de acontecimentos faz com que um estímulo produza uma resposta consistente.” (Hockenberry & Wilson, 2014:501). Ou seja, pode-se dizer que a criança inicia a coordenação das experiências sensoriais com as ações que realiza, através de processos de tentativa/erro e explorando o mundo que a rodeia, pela “Actividade reflexa através de comportamentos repetitivos simples até ao comportamento imitativo (...)” (OE, 2010:111). Ou seja, nesta fase “(...) os latentes progredem de comportamentos reflexos para atos repetitivos simples e para a atividade mimética.” (Hockenberry &

Wilson, 2014:500). Segundo Hockenberry & Wilson (2014), Piaget enaltece que a criança durante este período apreende alguns conceitos fundamentais, nomeadamente o de separação, em que a criança toma consciência dos objetos como afastáveis e em que se apercebe que não está sozinho nem é o único influenciador do ambiente que o rodeia, sendo necessária a existência de concertação entre todos os intervenientes; o de permanência do objeto, ou seja a criança começa a compreender que os objetos não desaparecem quando deixa de os ver, um sinal disso é a procura dos brinquedos debaixo de almofadas e mantas; e o de representação mental, em que a criança começa a conseguir reconhecer símbolos e indícios, começando a criar noção de tempo e espaço; o de relação causal, em que a criança começa a conseguir fazer relações de causa-efeito, como por exemplo o carregar num interruptor e a luz acender, no entanto não é ainda capaz de transferir esta informação para contextos diferentes, existindo sempre a necessidade de voltar a explorar o objeto de cada vez que se cruza com ele; o de relações espaciais, sendo que a criança começa a reconhecer as diferentes formas e a relação existente entre estas, conseguindo encaixar diferentes objetos uns nos outros. (Hockenberry & Wilson, 2014).

O segundo estágio definido por Piaget é o Estágio Pré-Operatório que vai desde os dois até aos sete anos. Nesta fase as crianças “(...) ainda não estão preparadas para se envolver em operações mentais lógicas (...)” (Papalia & Feldman, 2013:259). Entre os dois e os quatro anos as crianças vão desenvolver a sua capacidade de comunicação verbal, ocorrendo um aumento exponencial do seu vocabulário, com uma predominância de um discurso egocêntrico, em que não há uma intenção de comunicar sendo que a criança repete palavras e sons apenas pelo prazer de as ouvir, ou socializado, em que a criança comunica sobre si com os outros, com o intuito da autossatisfação ou autorreferência. (Hockenberry & Wilson, 2014). Para além disso este período “(...) é caracterizado por uma grande expansão no uso do pensamento simbólico, ou capacidade representacional (...)” (Papalia & Feldman, 2013:259), em que vai associar objetos, lugares e situações a acontecimentos anteriores, “Por exemplo, uma agulha é “uma coisa que magoa”.” (Hockenberry & Wilson, 2014:593). Ou seja, “Os avanços no pensamento simbólico são acompanhados por um crescente entendimento de espaço, causalidade, identidades, categorização e número.” (Papalia & Feldman, 2013:259).

1.3. Prevenção das Lesões Não Intencionais nas Crianças e Jovens

Através da análise dos dados anteriormente apresentados foi possível aferir que as lesões não intencionais representam, ainda hoje, “No mundo, na Europa e em Portugal, (...) um grave problema de saúde pública. [Sendo] (...) consideradas evitáveis face à eficácia comprovada de medidas de prevenção.” (DGS, 2010:20). Contudo continuam a surgir entre as “(...) principais causas de morte, constituindo uma realidade com efeitos preocupantes a diferentes níveis, quer estatisticamente, como também a nível da pessoa afetada, família e comunidade.” (Ramos & Nunes, 2014:46).

Todos os anos milhares de crianças e jovens recorrem aos serviços de saúde em consequência de lesões não intencionais, que para além da possibilidade de serem potencialmente fatais, em muitos casos obrigam a longos períodos de internamento e deixam sequelas que permanecem por toda a vida. (Alto Comissariado da Saúde & APSI, 2011). No entanto “Esta situação, é cada vez mais intolerável, uma vez que a evidência científica vem demonstrando que muitos acidentes podem ser prevenidos e muitas mortes podem ser evitadas.” (DGS, 2010:5).

As ações de prevenção ao serem delineadas devem ter sempre como base o pressuposto de que as lesões não intencionais resultam “ (...) da interação entre o agente, o meio humano e meio físico, envolvendo o indivíduo.” (Cordeiro, 2015:25), ou seja ao se traçarem estratégias de prevenção das lesões não intencionais e de promoção da segurança deve ter-se sempre em mente todos os elementos circundantes pois “ (...) qualquer acção preventiva que deixe de lado um dos elementos será voltada para o insucesso (...)”(Cordeiro, 2015:25).

Segundo a DGS, e de acordo com o ‘Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016’, “O sucesso da promoção da segurança e da prevenção dos acidentes depende de uma abordagem intersectorial e interdisciplinar e do envolvimento ativo de todos os parceiros, a todos os níveis.” (DGS, 2010:4). Para que exista uma prevenção das lesões não intencionais mais eficaz e eficiente é imprescindível a envolvimento de diversos sectores da sociedade, nomeadamente da área da saúde, proteção social, educação, construção, entre outros, que em conjunto criem objetivos comuns direcionados para as áreas com necessidade de intervenção prioritária, ou seja deve ser

privilegiada “ (...) uma abordagem intersectorial, uma intervenção preventiva, com incidência sobre *settings* prioritários (...)”. (DGS, 2010:6). Neste seguimento é essencial ter em conta que “O Sector da saúde ocupa um lugar privilegiado no acesso à informação sobre as vítimas de acidentes e pode influenciar as políticas públicas de outros sectores (...) ” (DGS, 2010:20). O sector da saúde assume assim especial importância no momento do registo e monitorização dos casos, das características e dos mecanismos de lesão não intencional mais incidentes, assim como das características das crianças e jovens que as sofrem, permitindo posteriormente, após análise detalhada dos resultados, o planeamento e implementação de medidas de prevenção das lesões não intencionais e de promoção da segurança mais direcionadas aos mecanismos mais prevalentes e às faixas etárias mais afetadas. (DGS, 2010 & Alto Comissariado da Saúde & APSI, 2011).

Segundo Cordeiro (2015) um outro ponto-chave essencial para se conseguir uma mudança na realidade atual, no que às lesões não intencionais diz respeito, passa por disseminar a premissa de que as lesões não intencionais são equiparadas a muitas outras patologias, tais como as pneumonias, as infeções urinárias, entre outras, pois estas

“ (...) são realmente doenças (...): têm uma causa (...); provocam sintomas e sinais, bem definidos; têm um processo de diagnóstico; têm um processo de tratamento; podem ser prevenidos (aos vários níveis de prevenção: primária, secundária e terciária), tal como a maioria das doenças.” (Cordeiro, 2015:24).

Outro fator que assume especial relevância nos mecanismos de prevenção das lesões não intencionais e de promoção da segurança infantil prende-se com a capacitação dos pais/cuidadores, com o intuito de lhes fornecer ferramentas que lhes permitam criar ambientes seguros de acordo com as características de desenvolvimento da criança/jovem e do espaço físico com que esta interage.

“A informação e educação para a saúde pelos profissionais de saúde fazem parte desta estratégia, constituindo um elemento fundamental para reduzir o risco de acidentes, através da consciencialização dos pais e educadores das mudanças que devem fazer no ambiente e nos comportamentos e no impacto destas medidas na saúde dos seus filhos/educandos e na sociedade em geral.” (Dias, Costa & Martins, 2013:278).

Aquando da capacitação dos pais/educadores, e antes da transmissão das medidas físicas de prevenção das lesões não intencionais, é essencial fazê-los compreender que as crianças/jovens estão em constante crescimento e desenvolvimento, ou seja que “As

suas capacidades físicas e cognitivas, grau de dependência, tipo de actividades e comportamentos de risco alteram-se ao longo do seu crescimento e nem sempre se correlacionam com a sua capacidade de reconhecer, evitar ou enfrentar o perigo.” (Dias, Costa & Martins, 2013:278), pelo que as medidas de prevenção devem ser sempre adaptadas à criança/jovem de forma individual e personalizada e nunca de forma generalizada. É também importante referir que as crianças/jovens para crescerem e se desenvolverem devem ter a oportunidade de explorar, pelo que

“ (...) qualquer medida de prevenção não pode privar a criança dos elementos estimuladores da sua actividade, 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, 2015:34).

Assim,

“Qualquer atitude de prevenção (...) terá de tomar em consideração as características básicas do desenvolvimento infantil (...) [, tais como:] descoberta progressiva de si próprios, dos outros, do espaço e dos objectos (...); curiosidade progressiva; uso dos cinco sentidos para conhecer o mundo, incluindo a necessidade imperiosa de mexer nos objectos e de os levar à boca; (...) [assim como o desenvolvimento da] capacidade motora e de locomoção (sentar, gatinhar, pôr-se de pé, andar, trepar, correr, juntar uma cadeira e um banco, etc.) (...).” (Cordeiro, 2015:34).

Em suma é possível afirmar que “ (...) o que sabemos é suficiente para podermos adoptar comportamentos individuais e colectivos que poderão salvar muitas vidas e dar uma maior qualidade de vida a muitas crianças, evitando acidentes e as suas consequências.” (Cordeiro, 2015:20).

1.3.1 Programas de prevenção das lesões não intencionais em Portugal

Em Portugal a problemática das lesões não intencionais é abordada de forma estruturada pelo Ministério da Saúde através do ‘Programa Nacional de Prevenção de Acidentes – 2010 - 2016’, que apesar de ter sido estruturado e editado no ano de 2010 mantém-se atualmente em vigor, servindo de suporte para as tomadas de decisão e ação no que respeita às medidas de prevenção das lesões não intencionais/lesões acidentais. Este é dirigido a toda a população, com enfoque nos grupos de risco, nomeadamente as crianças, e nos profissionais das mais diversas áreas, tais como saúde e educação, que têm nas suas mãos a possibilidade de realizar ações de prevenção das lesões não

intencionais através da efetivação de estratégias de promoção da segurança. (DGS, 2010). O programa apresenta como finalidade “ (...) a obtenção de ganhos em saúde da população portuguesa, através de acções que promovam comportamentos seguros e competências específicas para lidar com o risco de acidente, integrando as actividades do sector da saúde as de outros sectores.” (DGS, 2010:21), sendo o seu objetivo geral “Promover a segurança e prevenir os acidentes não intencionais, melhorar a intervenção de emergência, garantir respostas de qualidade e serviços integrados para as vítimas de lesões e traumatismos.” (DGS, 2010:24). Para a sua implementação foram estabelecidos oito eixos estratégicos, sendo eles: Capacitar os profissionais para a promoção da segurança, a prevenção dos acidentes e o desenvolvimento de aptidões 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 em todo o ciclo de trauma; Legislar, regulamentar e normalizar as práticas seguras; Monitorizar os acidentes não intencionais; Apoiar a investigação no sentido de identificar comportamentos positivos e de prevenção das lesões não intencionais; e Cooperar com organizações internacionais, tais como Organização Mundial de Saúde e União Europeia, na implementação de boas práticas. (DGS, 2010).

No ‘Programa Nacional de Prevenção de Acidentes’ as lesões não intencionais/lesões acidentais são agrupadas em três categorias distintas: os acidentes de viação, os acidentes domésticos e de lazer [ADL] e os acidentes de trabalho. Os ADL “(...) são todos os acidentes registados durante os tempos livres da população (ocorridos em casa, em práticas desportivas, em períodos de lazer ou diversão), acidentes com crianças na escola, na rua, etc.” (DGS, 2010:15). Estes representam o tipo de lesão não intencional mais comum, sendo que em que todos os espaços da casa e/ou escola e sua envolvente, como o jardim, apresentam objetos e condições que podem potenciar o risco. (DGS, 2010).

Em complementaridade com o ‘Programa Nacional de Prevenção de Acidentes’, surgiu, de uma parceria entre o Alto Comissariado da Saúde, a APSI e a DGS, o ‘Plano de Acção para a Segurança Infantil’ [PASI]. Este “ (...) estabelece um conjunto de estratégias integradas para a prevenção dos acidentes nas crianças e adolescentes até aos 18 anos, através de uma abordagem transversal e multisectorial.” (Alto Comissariado

da Saúde & APSI, 2011). Direciona o seu foco para três conceitos chave, designadamente: ‘Conhecer os Riscos’, através da monitorização das lesões não intencionais envolvendo crianças e jovens, assim como os seus mecanismos e características, por forma a serem estabelecidas prioridades e delineadas estratégias de ação; ‘Criar ambientes seguros’, pela implementação de estratégias de prevenção nos ambientes que as crianças frequentam, nomeadamente a habitação, a escola, espaços públicos e espaço rodoviário; e ‘Minimizar os Riscos’, quer pela redução do número de acidentes quer pela redução da sua gravidade e das suas consequências, através de uma mais rápida e eficaz atuação perante as lesões não intencionais. (Alto Comissariado da Saúde & APSI, 2011). O PASI apresenta sete áreas de intervenção prioritárias, sendo elas: Sistema de Informação Integrado, incidindo na necessidade da existência de um sistema de recolha e tratamento de dados relativos às lesões não intencionais que afetam as crianças e os jovens, pois atualmente ainda existem lacunas na informação que não permitem ter o real conhecimento dos mecanismos e características das lesões; Formação académica e profissional, pois existe um *deficit* de conhecimento por parte dos profissionais de múltiplos setores quer na análise, quer na avaliação ou implementação de medidas de prevenção da segurança infantil; Traumatismos crânio-encefálicos e vertebro-medulares, como item de especial relevância uma vez que este tipo de traumatismos estão entre os mais incidentes enquanto consequência das lesões não intencionais sendo essencial o conhecimento aprofundado quer da sua etiologia, quer das suas consequências, por forma a criar respostas mais rápidas e adequadas; Segurança nos Espaços de Turismo, Lazer e Tempos Livres, através da implementação de estratégias e medidas de prevenção das lesões não intencionais, por forma a tornar estes espaços o mais seguros possível; Acidentes dos 0 aos 4 anos em ambiente doméstico, sendo que as crianças na faixa etária identificada são as que mais frequentemente sofrem lesões não intencionais em ambiente doméstico é de especial relevância a implementação de medidas de prevenção; Segurança nos espaços exteriores e envolvente dos espaços educativos; e Segurança dos ambientes construídos, ressaltando a importância de fiscalização dos espaços físicos frequentados pelas crianças e jovens. (Alto Comissariado da Saúde & APSI, 2011).

Em Portugal a monitorização das lesões não intencionais é realizada de forma indireta pelo Instituto Nacional de Estatística [INE], através da vigilância das taxas de mortalidade e morbidade infantil, assim como pelo registo das taxas de acidentes de

viação, e de forma mais diretamente através do sistema EVITA [Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes]. Este sistema foi criado no ano de 2000, integrado no Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge e está encarregue de realizar a recolha e análise de dados específicos e referentes a ADL. Esta recolha de dados é efetuada em Instituições de Saúde integradas no Sistema Nacional de Saúde [SNS], mais especificamente pelo registo dos casos que recorrem aos respetivos serviços de urgência. Tem como principal objetivo contribuir para a vigilância dos ADL, através da monitorização da frequência das lesões, das características dos indivíduos que sofreram a lesão e dos agentes causadores das mesmas, assim como proceder ao reconhecimento de produtos potencialmente perigosos, de forma a promover o desenvolvimento de políticas e medidas de prevenção. (Contreiras & Rodrigues, 2014).

1.4. Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Prevenção das Lesões Não Intencionais

Os enfermeiros são profissionais na área da saúde com competências “ (...) científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.” (Decreto-lei nº161/96, 1998: SP). Neste mesmo sentido e segundo a Canadian Nurses Association [CNA] (2005), citado por Ramos & Nunes (2012:44) é possível “ (...) afirmar que os enfermeiros podem constituir agentes facilitadores e ativos de mudança, pois reúnem condições e características únicas (...)”. Estes prestam cuidados de enfermagem “ (...) em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa) (...)” (OE, 2018:19192). Aquando da prestação de cuidados junto da criança e sua família em contexto de Cuidados Hospitalares e mais especificamente em Serviços de “ (...) urgência pediátrica podem contribuir para aumentar o conhecimento acerca das causas que estão na origem dos acidentes (...)”. (Ramos & Nunes, 2012:44), através da recolha de dados específicos relativos às lesões não intencionais. Por outro em contexto de Cuidados de Saúde Primários [CSP] em que os enfermeiros estabelecem uma relação com a criança e família ou em contexto de

prestação de cuidados em Serviços de Internamento Pediátrico, em que os enfermeiros prestam cuidados às crianças em parceria com os pais/cuidadores durante períodos de tempo mais ou menos prolongados assumem um especial papel na capacitação das “ (...) crianças/famílias, aumentando os seus conhecimentos e reduzindo o risco de acidente.” (Ramos & Nunes, 2012:44).

Para além disso são portadores de competências que contribuem

“ (...) para a prevenção de acidentes, através da avaliação da existência, ou não, de certos fatores de risco (...) [;] São importantes educadores para a saúde, sabem como planear ações visando o aumento do conhecimento e otimizando as capacidades das pessoas/famílias (...) [; e] Conhecem as crianças e as suas características, pelo que sabem adequar a sua intervenção ao estágio de desenvolvimento da criança e às suas necessidades.” (Ramos & Nunes, 2012:45).

Desta forma pode concluir-se que “Os enfermeiros constituem-se fundamentais em todo o processo [de promoção da segurança infantil], quer devido ao fato de intervirem em diferentes contextos, quer pelas suas competências, nomeadamente, de comunicação e intervenção como educadores para a saúde.” (Ramos & Nunes, 2012:47).

Por outro lado, e como já foi referido anteriormente as crianças e os jovens estão entre os grupos de risco, no que às lesões não intencionais diz respeito. Segundo a Convenção dos Direitos da Criança, citada pela DGS (2013:8) as crianças são seres vulneráveis que “ (...) constituem um grupo prioritário e justificam o maior empenhamento e disponibilidade por parte dos profissionais (...)”. Neste sentido o Enfermeiro Especialistas em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica [EESIP], tem por responsabilidade prestar cuidados de promoção da saúde e prevenção da doença à criança e respetiva família, e assumir o compromisso de promover a “ (...) maximização da saúde da criança/jovem, com ênfase na satisfação das suas necessidades nas diferentes etapas de desenvolvimento.” (OE, 2017:3).

A criança é um ser “ (...) dependente dos cuidados da família, como forma de suprimir as suas necessidades com vista ao seu crescimento e desenvolvimento saudável, ao adquirir novas capacidades e conhecimentos que lhe permite ser progressivamente mais independente, até alcançar a autonomia.” (OE, 2017:4). Por este facto a família representa um papel essencial na vida da criança, desde o seu nascimento até à sua independência, assumindo a responsabilidade de lhe prestar todos os cuidados

e proporcionar as condições fundamentais a um crescimento e desenvolvimento saudáveis e em segurança. Neste sentido, o enfermeiro EESIP presta cuidados à criança tendo por base o “(...) modelo conceptual centrado na criança e família encarado sempre este binómio como beneficiários dos seus cuidados.” (OE, 2018:19192). Ou seja, deve programar os cuidados à criança, tendo sempre por base a premissa de que “O cuidado de enfermagem à criança está estreitamente relacionado com o cuidado à criança e sua família. A estrutura e dinâmica familiares podem influenciar a criança de uma forma duradoura, afetando a sua saúde e bem-estar.” (Hockenberry & Wilson, 2014:50). O enfermeiro EESIP, aquando o contacto com a criança e sua família, quer seja em contexto de CSP ou de Cuidados Hospitalares, deve valorizar os

“(...) cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade (...)” (DGS, 2013:3).

No que às lesões não intencionais diz respeito, o enfermeiro EESIP assume um papel essencial na capacitação dos pais e cuidadores de forma a promover a manutenção de ambientes seguros, a parentalidade e a prevenção da ocorrência de lesões, adequando sempre os conteúdos de acordo com a criança – idade e fase de desenvolvimentos - e família com que se esteja a trabalhar. É “(...) frequente os novos pais abordarem a parentalidade com conhecimentos e experiência limitada. Os pais aprendem por tentativa e erro (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014:59). Ao assumirem o papel de pais, principalmente em situação de primeiro filho, os indivíduos passam por uma transição situacional, sofrendo uma alteração de papéis. (Meleis, Sawyer, Im, *et al.*, 2000). Nesta fase deixam de ser apenas os indivíduos com preocupações individuais para passarem a ser o pai ou mãe de um pequeno ser totalmente dependente, o que leva ao surgimento de constrangimentos e vulnerabilidades. Neste sentido é de extrema importância que o enfermeiro atue de forma antecipatória através da transmissão de conhecimentos aos novos pais, para que estes consigam proceder à reformulação da sua identidade e adquirir o domínio das novas aptidões que vão necessitar para promover o cuidado à criança nos mais diversos campos, incluído a prevenção das lesões não intencionais. (Meleis, Sawyer, Im, *et al.*, 2000). Assim podemos aferir “(...) que a intervenção do enfermeiro na transição é mais evidente nos períodos antecipatórios, de preparação para a mudança de papéis e de prevenção de efeitos negativos (...)”. (Santos, Marcelino, Abrantes, *et al.*, 2015:163). Neste seguimento, “Na prática de cuidados, os enfermeiros

especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, necessitam de focalizar a sua intervenção na interdependência criança/jovem/família e ambiente, considerando os fatores protetores e stressores associados às suas vivências.” (OE, 2017:4). Assim, o enfermeiro EESIP deve reunir condições e deve criar oportunidades em todos os momentos em que a criança e os pais se desloquem aos serviços de saúde, como por exemplo nas consultas de saúde infantil realizadas em “(...) idades-chave, correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente, tais como as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional (...)” (DGS, 2013:2). Nesse momento deve proceder à avaliação das competências dos pais/cuidadores em relação ao desenvolvimento da criança e aos fatores de risco existentes, tal como fornecer os conhecimentos essenciais para que os pais/cuidadores consigam exercer a sua parentalidade da melhor forma e promover a segurança das crianças. “Os objetivos da parentalidade são a promoção da sobrevivência física e saúde da criança, até que esta desenvolva as capacidades necessárias para ser um adulto independente (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014:59). O enfermeiro EESIP, durante as referidas consultas de saúde infantil deve também privilegiar a realização de “(...) cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e prevenção da doença (...)” (DGS, 2013:7), aproveitando a oportunidade para transmitir conhecimentos antecipatórios relativos à prevenção de lesões não intencionais adequados à faixa etária e ao desenvolvimento da criança presente na consulta, nomeadamente através da distribuição de material informativo ou até mesmo pela elaboração de sessões de educação para a saúde. (DGS, 2013). Em suma o enfermeiro EESIP deve privilegiar “A criação e aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (...) [e fomentar] a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem.” (OE, 2017:6).

Para além de trabalhar em conjunto com os pais/cuidadores o enfermeiro EESIP deve ter sempre presente a premissa de que “O enfermeiro que trabalha isolado raramente serve o melhor interesse da criança.” (Hockenberry & Wilson, 2014:14), devendo trabalhar em parceria com outros profissionais e com as estruturas comunitárias. As creches e as escolas e os centros de Atividades de Tempos Livres sendo os locais onde as crianças passam a maior parte do seu tempo, são também locais potenciadores de desenvolvimento e crescimento da criança, sendo de extrema

importância a atuação dos enfermeiros EESIP no sentido de promover “A promoção do potencial de saúde, através de uma intervenção nos programas da saúde escolar” (OE, 2017:6).

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO: ‘CRIANÇAS SEGURAS, FAMÍLIAS FELIZES! - LESÕES NÃO INTENCIONAIS NUMA REGIÃO DO ALENTEJO EM CRIANÇAS ATÉ AOS 4 ANOS DE IDADE.’

2.1. Conceptualização da Metodologia de Projeto

O Projeto de Intervenção que apresentamos, subordinado á temática das Lesões Não Intencionais nas crianças e jovens e denominado **‘Crianças Seguras, Famílias Felizes! - Lesões Não Intencionais numa Região do Alentejo em crianças até aos 4 anos de idade’** foi projetado com o intuito de ser desenvolvido no decorrer do Estágio I e do Estágio Final, ambos integrados no Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Ramo de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Este foi desenhado de forma a possibilitar a criação de uma linha condutora ao longo dos contextos clínicos e de forma a culminar na elaboração do Relatório Final, seguindo sempre como guia de orientação a linha de investigação **‘Segurança e Qualidade de Vida’**.

O projeto seguiu a metodologia de investigação de Trabalho de Projeto. Esta metodologia assenta na resolução de problemas, previamente definidos, e relacionados com situações reais, pressupondo sempre uma mudança comportamental. “ (...) constitui-se assim como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática.” (Ruivo & Ferrito, 2010:3). Esta metodologia assenta nos mesmos princípios da investigação aplicada a uma disciplina, definida por Fortin (1999:18) como a “(...) utilização do processo científico no estudo de problemas específicos, com vista a introduzir mudanças nas situações onde se apresentam problemas.”.

Segundo Ruivo & Ferrito (2010) esta metodologia caracteriza-se por comportar uma atividade intencional, em que os intervenientes definem um objetivo geral a ser atingido com o trabalho de projeto e para o qual direcionam todas as atividades. Realiza-se “(...) ao longo de um período de tempo (...) percorrendo as várias fases desde a formulação do objectivo central até à apresentação dos resultados e sua avaliação.” (Ruivo & Ferrito, 2010:5), passando pelo diagnóstico da situação, identificação do problema, planificação das estratégias e atividades a realizar e sua respetiva execução e avaliação.

2.2. Diagnóstico da Situação

O trabalho de metodologia de projeto deve então iniciar-se pelo diagnóstico da situação em que se realiza a identificação do problema emergente da temática selecionada e analisada, ou seja, esta etapa “(...) visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada (...)” (Ruivo & Ferrito, 2010:10). Este diagnóstico deve ser realizado num curto espaço de tempo, por forma a permitir uma intervenção em tempo útil, devendo, também, ser contínuo e dinâmico, e ser atualizado sempre que ocorram alterações na realidade em que vai ser aplicado o projeto, ou que surja algum constrangimento (Ruivo & Ferrito, 2010). Assenta em dois conceitos básicos: Problema, definido como “(...) uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação.” (Fortin, 1999:48); e necessidade, que segundo Tavares (1990), citado por Ruivo & Ferrito (2010:11) é “(...) diferença entre o estado actual e aquele que se pretende atingir (...)”. Em suma, na fase de diagnóstico da situação deve começar-se pela realização da identificação do problema emergente na problemática e população estudada, passando depois para a análise da sua evolução e repercussão na população.

No presente projeto a situação-problema foi definida recorrendo ao método dedutivo, em que segundo Ruivo & Ferrito (2010:12) “(...) o ponto de partida da investigação são as teorias, sendo que se parte do geral e abstracto para dados ou fenómenos específicos e singulares.”. Neste seguimento, para a realização do diagnóstico de situação do projeto desenvolvido, realizámos uma pesquisa na literatura, explicitada no enquadra-

mento teórico anteriormente apresentado, acerca da temática das lesões não intencionais nas crianças, nomeadamente: as suas causas e mecanismos desencadeantes; as suas consequências para crianças, famílias e sociedade em geral; a realidade estatística a nível mundial e nacional; as formas de prevenção das lesões e promoção da segurança das crianças; e o papel dos enfermeiros na sua prevenção. Desta forma, o diagnóstico da situação-problema foi realizado com base em documentos oficiais da OMS, da DGS, da APSI, do Alto Comissariado da Saúde, da OE e em estudos recentes realizados pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, com o programa EVITA.

Da análise do enquadramento teórico, que nos permitiu especificar o diagnóstico de situação aferimos que:

- As lesões não intencionais em crianças entre os 0 e os 4 anos de vida continuam a ser motivo de preocupação;

- Apesar de existirem diversas entidades, públicas e privadas, que a nível nacional estudam a epidemiologia das lesões não intencionais nas crianças existem poucos estudos a nível local e/ou regional;

- A monitorização, nomeadamente das características e mecanismos potenciadores de lesão, e a promoção de ambientes seguros afiguram-se como meios essenciais à prevenção das lesões não intencionais;

- O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica assume-se como essencial na capacitação dos pais e consequente criação de ambientes seguros e contribuição para a redução dos números associados às lesões não intencionais.

Neste seguimento, e pelas conclusões retiradas do enquadramento teórico e consequente diagnóstico da situação, emergiu o problema: **‘As lesões não intencionais como uma das principais causas de mortalidade e morbidade nas crianças até aos 4 anos de idade em Portugal’**. Surgem, ainda, as questões de investigação: ‘Qual a realidade das lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos de vida numa região do Alentejo?’ e ‘Qual a real envolvência dos enfermeiros na prática clínica em Serviço de

Internamento Pediátrico com a temática das lesões não intencionais?’. Sendo que uma questão no contexto da investigação

“ (...) é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, específica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica.” (Fortin, 1999:51).

O problema emergente afigura-se então com um problema real que afeta a sociedade atual e que merece especial atenção por parte dos enfermeiros EESIP, pois segundo Mohan & Tiwari (2000), citados por Ramos & Nunes, (2014:56). “A segurança constitui um recurso essencial ao desenvolvimento da pessoa (...) tendo como objetivo preservar a saúde e aumentar o bem-estar dos indivíduos e das comunidades”. Os enfermeiros EESIP têm um papel fulcral na prestação de cuidados antecipatórios e na educação dos pais/cuidadores, no sentido de promoverem à criança um crescimento e desenvolvimento adequados e em segurança, estando numa situação privilegiada que lhes permite criar meios para incrementar a diminuição dos números negativos associados às lesões não intencionais.

2.3. Definição de Objetivos

Após a elaboração do diagnóstico da situação e da definição da situação-problema procede-se á delineação dos objetivos sendo que estes indicam “(...) o porquê da investigação (...) [através de] um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos (...)” (Fortin, 1999:100). Segundo Mão de Ferro (1999), citado por Ruivo & Ferrito (2010:18) “(...) apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico.”. Ao se redigirem os objetivos é essencial ter em mente de que estes devem ser “(...) claros; de linguagem precisa e concisa; em número reduzido; realizáveis; mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração.” (Gouveia (2010), citado por Ruivo & Ferrito (2010:19).

Neste seguimento e tendo por base o diagnóstico da situação efetivado, 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, numa região do Alentejo.

- Objetivos específicos:

1- Caracterizar as lesões não intencionais observadas em crianças até aos 4 anos de idade num serviço de urgência pediátrica, no ano de 2017;

2- Identificar a natureza e a incidência dos mecanismos de lesão não intencional;

3 – Sensibilizar as equipas de enfermagem para a temática das lesões não intencionais e respetivos cuidados antecipatórios;

4 - Otimizar estratégias para capacitar os pais/cuidadores na adoção de medidas de prevenção de lesões não intencionais nas crianças e jovens;

5 – Promover a divulgação dos resultados obtidos junto dos profissionais de enfermagem da região Alentejo.

2.4. Planeamento

A terceira fase do projeto diz respeito ao planeamento “(...) em que é elaborado um plano detalhado do projeto (...)” (Ruivo & Ferrito, 2010:20). Ou seja, nesta fase é realizado o levantamento das atividades a realizar, das estratégias a utilizar, dos meios necessários para a implementação do projeto e de um cronograma representativo de todas as fases do processo. (Ruivo & Ferrito, 2010).

Segundo Miguel (2006), citado por Ruivo & Ferrito (2010:20) o planeamento está diretamente relacionado com os objetivos traçados anteriormente, sendo que “(...) a utilização e escolha da actividades, meios e estratégias a realizar coadunam directamente com os objectivos previamente alicerçados.”

Desta forma, o planeamento do presente projeto será direcionado para os objetivos específicos traçados, definindo-se as atividades, as estratégias e os meios necessários para atingir cada um deles (tabela 1).

A fase de planeamento culmina com a realização de um cronograma (Apêndice 2), que incorpora todas as diferentes fases a desenvolver.

No final do Planeamento e antes de se iniciar a execução do projeto e das atividades planeadas torna-se importante a concretização de um momento de avaliação, ou seja criar “(...) um momento de pausa e de reflexão sobre o percurso desenvolvido até ao momento.” (Castro, *et al.* (1993), Citado por Ruivo & Ferrito (2010:25). Isto porque segundo Carvalho, *et al.* (2001) a concretização de uma avaliação contínua traz vantagens, nomeadamente, permite realizar “(...) uma retroação com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, acção e selecção dos meios, bem como a análise dos resultados.” (in Ruivo & Ferrito, 2010:24). Nesta fase, o investigador em conjunto com os restantes intervenientes realizam as primeiras críticas acerca do trabalho desenvolvido e a partir delas executam os ajustes necessários. (Nogueira (2005), citado por Ruivo & Ferrito, 2010). Neste sentido nesta fase do projeto foi realizada pelos investigadores uma reflexão crítica com o intuito de compreender a necessidade de realizar reajustes e/ou alterações nos objetivos e meios/atividades programadas. No presente projeto não existiu por parte dos intervenientes uma necessidade de reajuste dos objetivos ou das atividades programadas, pelo que se seguiu para a fase de execução das mesmas, que se desenvolveu ao longo da unidades curriculares de Estágio I e Estágio final.

Tabela 1 - Atividades inerentes à execução do projeto

Objetivos	Atividades	Ações a realizar
<p>1- Caracterizar as lesões não intencionais observadas em crianças até aos 4 anos de idade num serviço de urgência pediátrica, no ano de 2017</p> <p>2 - Identificar a natureza e a incidência dos mecanismos de lesão não intencional</p>	<p>1- Realização de um Estudo Observacional: ‘Lesões não intencionais em crianças dos 0 aos 4 anos de idade’.</p>	<p><u>Realizar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedido de parecer ao Concelho de Administração e à Comissão de Ética da Instituição Hospitalar onde pretendo realizar o estudo; - Base de dados relativos às lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos de idade que recorreram a um serviço de urgência pediátrica no ano 2017; - A análise dos dados recolhidos em programa SPSS; - Apresentação dos resultados do estudo que permitam caracterizar e identificar a natureza e incidência das lesões não intencionais nas crianças até aos 4 anos de idade que recorreram a um serviço de urgência pediátrica.
<p>3 – Sensibilizar as equipas de enfermagem para a temática das lesões não intencionais e respetivos cuidados antecipa-</p>	<p>2 – Realização de um Estudo Descritivo: ‘Perceção e atuação da equipa de enfermagem a prestar cuidados em serviço de internamento</p>	<p><u>Realizar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedido de parecer ao Concelho de Administração e à Comissão de Ética da Instituição Hospitalar onde pretendo realizar o estudo;

<p>tórios;</p>	<p>pediátrico relativamente à temática das lesões não intencionais’;</p> <p>3 - Levantamento dos pontos potencialmente perigosos e indutores de lesão não intencional nas crianças que frequentam o espaço físico do serviço de internamento pediátrico;</p> <p>4 - Realização de uma sessão de sensibilização à equipa de enfermagem com apresentação dos resultados obtidos com o Estudo Observacional anteriormente mencionado e com os pontos potencialmente perigosos no serviço de internamento pediátrico identificados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação dos questionários do estudo descritivo, com colaboração no preenchimento dos mesmos de pelo menos 70% da equipa de enfermagem; - Grelha de observação e levantamento dos pontos potencialmente indutores de lesão não intencional no serviço de internamento pediátrico; - Sessão de sensibilização, com participação de pelo menos 70% dos elementos da equipa de enfermagem; - Aplicação de questionários após a sessão de sensibilização com um resultado de respostas positivas, ou seja entre o ‘Concordo Plenamente’ e o ‘Nem concordo, Nem discordo’ (<i>score</i> máximo de 2,5).
----------------	---	--

<p>4 - Otimizar estratégias para capacitar os pais/cuidadores na adoção de medidas de prevenção de lesões não intencionais nas crianças e jovens.</p>	<p>5 – Compreender quais as necessidades da população e do serviço no que diz respeito a atividades/estratégias de capacitação dos pais/cuidadores relativamente às lesões não intencionais;</p> <p>- Desenvolvimento de materiais de apoio à capacitação dos pais/cuidadores na criação de ambientes seguros, tais como sessões de educação para a saúde, posters, folhetos, guias, filmes, entre outros, de acordo com as necessidades identificadas junto da equipa de enfermagem.</p>	<p><u>Realizar:</u></p> <p>- <i>Brainstorming</i> com a equipa de enfermagem no início de cada estágio clínico;</p> <p>- Identificação de pelo menos uma necessidade do serviço relativamente à capacitação dos pais/cuidadores no domínio das lesões não intencionais;</p> <p>- Pelo menos um material para promoção da capacitação dos pais/cuidadores relativamente à temática das lesões não intencionais.</p>
---	---	--

<p>5 – Promover a divulgação dos resultados obtidos junto dos profissionais de enfermagem da região Alentejo.</p>	<p>6 - Elaboração de um artigo com os resultados do Observacional, a ser divulgado junto dos profissionais de enfermagem a prestar cuidados na Região Alentejo alvo de estudo.</p>	<p><u>Realizar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedido de parecer ao Concelho de Administração e à Comissão de Ética da Instituição Hospitalar para divulgação dos resultados do estudo; - Redação do artigo para posterior publicação.
---	--	--

Fonte: Elaboração própria

2.5. Execução do Projeto de Intervenção

A quarta fase do projeto incorpora a execução, ou seja, a colocação em prática de todas as atividades que foram planeadas. Segundo Leite (1989) “(...) são colhidos dados nos contactos com a realidade envolvente bem como no âmbito teórico (...)” (in Ruivo & Ferrito, 2010:23), através de técnica de colheita de dados, como, a entrevista, a observação, os questionários, consulta de documentos, entre outros. (Ruivo & Ferrito, 2010).

Neste seguimento, na fase de execução do presente projeto que se desenvolveu ao longo do decorrer do Estágio I e Estágio Final, procedemos ao desenvolvimento das cinco atividades programadas na fase de planeamento e que serão abordadas de forma individual e pormenorizada nas seções seguintes.

O primeiro passo na execução do projeto foi a formalização dos pedidos de autorização ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética da Instituição Hospitalar onde pretendíamos efetivar o levantamento dos dados e a realização das atividades 1, 2, 3 e 4 anteriormente identificadas, tendo-se conseguido um parecer positivo (Anexo 1). Para além disso, achamos pertinente ressaltar que toda a execução do projeto foi efetivada com base na Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial respeitante aos Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos, sendo garantidos todos os aspetos éticos e deontológicos subjacentes a um estudo de investigação. (World Medical Association, 2018).

2.5.1. Estudo Observacional: ‘Lesões Não Intencionais em crianças dos 0 Aos 4 anos de idade’ – Atividade 1

Tal como contextualizado anteriormente a monitorização das lesões não intencionais nas crianças a nível regional apresenta-se como estratégia essencial para uma mais eficaz prevenção das lesões não intencionais e maximização de ambientes seguros. Neste sentido e para responder à questão de investigação ‘Qual a realidade das lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos de vida numa região do Alentejo?’ e alcançar os

objetivos ‘Caracterizar as lesões não intencionais observadas em crianças até aos 4 anos de idade num serviço de urgência pediátrica, no ano de 2017’ e ‘Identificar a natureza e a incidência dos mecanismos de lesão não intencional’ realizámos um Estudo observacional intitulado ‘Lesões não intencionais em crianças dos 0 aos 4 anos de idade’. Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal e retrospectivo, com base nos registos dos episódios de triagem no decorrer do ano de 2017, num serviço de urgência pediátrica de uma instituição hospitalar da região Alentejo.

O estudo acima identificado foi realizado com base em Metodologia Quantitativa, sendo que “É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.” (Fortin, 1999:22). Trata-se portanto de “ (...) um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. [E que] (...) tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos (...).” (Fortin, 1999:22).

Por outro lado trata-se de um Estudo Observacional, do Tipo Transversal e Retrospectivo. Observacional pois os “ (...) fatos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação.” (Gil, 2008:100), ou seja “ (...) o pesquisador não intervém, apenas observa e registra as informações que lhe interessam para posterior análise.” (Bastos & Duquia, 2007: 229). Do Tipo Transversal pois constitui “ (...) uma ferramenta de grande utilidade para a descrição e características da população, para a identificação de grupos de risco e para a ação e o planeamento em saúde.” (Bastos & Duquia, 2007: 231). E Retrospectivo sendo que os dados colhidos para análise dizem respeito a um período temporal delimitado e respeitante ao passado.

A população em estudo, que representa “ (...) uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.” (Fortin, 1999:202) é, no presente estudo, representada pelos processos de triagem efetuados no ano 2017 num Serviço de Urgência Pediátrico. Esta foi selecionada com base num processo de amostragem acidental, sendo “ (...) formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso (...)”. (Fortin, 1999:208). Contudo do total da população foi determinante selecionar apenas uma parcela representativa da mesma, a denominada população - alvo “ (...) constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipa-

damente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.” (Fortin, 1999:202). Para a efetivação do estudo consideraram-se como critérios de inclusão para a seleção da população-alvo: episódios de triagem efetivados no Serviço de Urgência Pediátrica [SUP] de uma Instituição Hospitalar de uma região do Alentejo durante o decorrer do ano 2017; episódios de triagem referentes a crianças com idade <5 anos de vida; e Fluxogramas de triagem indicativos de lesão não intencional, nomeadamente: Traumatismos Crânio Encefálico [TCE], Queda, Problemas dos Membros, Problemas Estomatólogicos, Feridas, Queimaduras Superficiais e Profundas, Sobredosagem e Envenenamento, Corpo Estranho, Grande Traumatismo e Exposição a químicos. Em suma, a população-alvo incorpora os processos de triagem efetivados a crianças entre os 0 e os 4 anos de idade no SUP de uma Instituição Hospitalar de uma Região do Alentejo durante o ano 2017 e que tenham sido realizados recorrendo aos Fluxogramas indicativos de lesão não intencional.

Para a realização do estudo foram definidas variáveis, que são entendidas, Segundo Kerlinger (1973), como “ (...) qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação (...) [podendo] tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças.” (in Fortin, 1999:36). As variáveis têm de ser mensuráveis, de forma a exprimirem a medida em dados quantitativos ou numéricos e de acordo com a posição que ocupam podem ser classificadas em dependentes ou independentes, estando interligadas entre si, “ (...) no sentido de que uma afecta a outra.” (Fortin, 1999:37). A variável dependente refere-se aos factos, atributos ou valores quantitativos do objeto, agente, fenómeno ou problema, que se pretendem explicar (Fortin, 1999). O presente estudo apresenta como Variável dependente: as ‘Lesões Não Intencionais’. Por sua vez a variável independente, de acordo com Gil (2008:43) “ (...) é a variável que se supõe influenciar outra variável, a dependente.”. O estudo apresentado tem como variáveis independentes: Idade, Sexo, Mês em que foi realizado o episódio de urgência, Fluxograma utilizado na Triagem, Prioridade atribuída, Destino após episódio de urgência, Mecanismo causador da lesão e Lesão provocada.

Para a efetivação do estudo a colheita de dados, definida como a recolha “(...) sistemática de informações junto do participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos.” (Fortin, 1999:41), foi realizada através da consulta dos processos de

triagem, em programa informático Alert®, referentes a crianças até aos 4 anos de idade que recorreram ao serviço de urgência pediátrica da instituição hospitalar em estudo, de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2017, tendo por bases os critérios de inclusão anteriormente mencionados.

Os dados colhidos foram compilados em tabela de extração de dados (Apêndice 3) e categorizados segundo as variáveis independentes definidas. Posteriormente foi realizada a análise dos dados, tendo por base as variáveis independentes supracitadas, e com recurso a programa SPSS Statistics 24.0.

Inicialmente efetuámos uma análise estatística e descritiva por forma a caracterizar a amostra, através da utilização das Medidas de Tendência Central (moda, média e mediana) e das Medidas de Assimetria e Achatamento que permitem caracterizar “ (...) a forma da distribuição dos elementos da população amostrados (...)” (Maroco, 2010:40).

Por fim efetuamos a aplicação do Teste Qui-Quadrado que nos permitiu “(...) testar se duas ou mais populações (ou grupos) independentes diferem relativamente a uma determinada característica, *i.e.* se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes de uma variável nominal categorizada é ou não idêntica.” (Maroco, 2010:103). Neste seguimento foram consideradas as seguintes hipóteses: H_0 : Espera-se que exista independência entre as variáveis (ou seja não existe relação entre as variáveis); ou H_1 : Não se espera que exista independência entre as variáveis (ou seja, existe relação entre as variáveis). Para a análise considerou-se que com $\alpha > 0,05$ existe independência entre as variáveis, sendo a hipótese nula - H_0 , e que com $\alpha < 0,05$ não existe independência, existindo relação entre as variáveis, aceitando-se a hipótese H_1 . (Maroco, 2010).

2.5.1.1 Caracterização das Lesões não Intencionais em crianças entre os 0 e os 4 anos de vida numa Região do Alentejo

Da análise dos dados recolhidos e analisados (Apêndice 4) constatou-se que, na região do Alentejo abrangida pela Instituição Hospitalar onde foi realizado o levantamento dos dados, no ano de 2017 recorreram aos SUP 684 crianças em consequência de lesões não intencionais, o que corresponde a **7% do total de recorrências ao SUP** de crianças até aos 4 anos de idade. Destas, as mais suscetíveis de sofrer lesões não intencionais são do sexo masculino, o que é corroborado por outros estudos de casuística ^(1,2,3,4,5,6), e encontram-se na faixa etária de 1 ano. Os meses de Primavera/Verão são os que representaram a maior recorrência ao SUP por lesão não intencional, no entanto o pico ocorreu no mês de Novembro.

No momento da triagem o Fluxograma mais vezes selecionado foi TCE e a cor de prioridade mais vezes atribuída foi a verde, a segunda menos grave na escala da Triagem de Manchester. O mecanismo de lesão mais prevalente foram as Quedas, indo ao encontro dos resultados de outros estudos ^(1,2,3,5,6), sendo que o mecanismo de queda mais frequente ao longo das diferentes faixas etárias foi a queda da própria altura, com exceção para as crianças na faixa etária dos 0 anos em que o mecanismo de queda mais incidente foram as quedas de altura. A lesão emergente mais incidente foram as feridas, sendo concordante com resultados anteriormente apresentados ⁽³⁾, e após observação e tratamento no SUP a maioria das crianças teve alta para domicílio, sem referenciação, o que é consolidado por estudos anteriores ^(1,3,6).

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

2. Pereira, C., Ramos, H., Galo, M., et al. Acidentes na Criança e no Jovem: Uma Estratégia Concertada e Sustentada de Intervenção. *In Acta Pediátrica Portugal*. 2004. Nº 1. Volume 35: 31-37.

3. Carvalho, F., Gonçalves, J.M.. Acidentes na Criança: «Mea Culpa»! – Experiência dum Hospital Distrital. *In Acta Pediátrica Portugal*. 1998. Nº6. Volume 29: 517-521.

4. Batalha, S., Salva, I., Albuquerque, C., et al. Acidentes em crianças e jovens – Que contexto? – Experiência de 9 meses no serviço de urgência num hospital de nível II. *In Acta Pediátrica Portuguesa – Revista de Medicina da Criança e do Adolescente*. 2013. Nº5. Volume 44: S36-S37.

5. Batalha, S., Salva, I., Sousa, V., et al. Acidentes em crianças e jovens – Abordagem no serviço de urgência – Experiência de 9 meses no serviço de urgência num hospital de nível II. *In Acta Pediátrica Portuguesa – Revista de Medicina da Criança e do Adolescente*. 2013. Nº5. Volume 44: S79.

6. Raposo, F., Morais, M., Costa, M., et al. Acidentes – Estudo de uma população pediátrica no serviço de urgência. *In Acta Pediátrica Portuguesa – Revista de Medicina da Criança e do Adolescente*. 2013. Nº5. Volume 44: S129

Da análise da relação das variáveis conclui-se que:

- Os mecanismos de lesão queda, embates em superfícies, queimaduras e entalões são mais incidentes na faixa etária de 1 ano e que o mecanismo de intoxicação é mais frequentes na faixa etária dos 2 anos, sendo que o mecanismo de lesão cortes tem igual incidência nas faixas etárias de 1 e 2 anos;

- Os hematomas, as pronações dolorosas e as queimaduras surgiram mais frequentemente nas crianças com 1 ano, as feridas e as contusões foram mais frequentes nas crianças na faixa dos 2 anos e as fraturas foram mais incidentes nas crianças com 4 anos de idade;

- As crianças do sexo masculino sofreram mais feridas, hematomas, contusões e queimaduras. Por outro lado as crianças do sexo feminino sofreram mais edemas, fraturas, avulsões dentárias e pronações dolorosas;

- Nos meses de Primavera/Verão ocorreram mais frequentemente quedas, queimaduras, intoxicações, introdução de corpos estranhos, acidentes de viação e entalões; e que por outro lado nos meses de Outono/Inverno ocorreram mais frequentemente embates em superfícies e cortes;

- Nos meses de Primavera/Verão foram mais incidentes os hematomas, as fraturas e as queimaduras; sendo que nos meses de Outono/Inverno surgiram mais frequentemente edemas, contusões e pronações;

- As lesões não intencionais mais prioritárias são as intoxicações seguidas dos acidentes de viação e das queimaduras;

- As lesões emergentes mais prioritárias são queimaduras, as fraturas e as pronações dolorosas, às quais está mais frequentemente associada a atribuição de pulseiras de triagem de cor amarela e/ou laranja;

- O domicílio foi o destino mais frequente após observação e tratamento no SUP. As situações em que houve necessidade de permanência em UICD para vigilância estão associadas aos mecanismos intoxicações, queda, embate em superfícies e acidente de

viação; As situações em que as crianças tiveram alta, mas com referência para consulta de especialidade estão associadas aos mecanismos queimaduras; As situações em que houve necessidade de transferência para outra unidade hospitalar estão associadas aos mecanismos queimaduras e corpos estranhos;

- As crianças a que foram atribuídas, no momento da triagem, as pulseiras com maior prioridade, nomeadamente amarelas e laranjas, tiveram necessidade de permanecer em vigilância na UICD, de permanecer no Serviço de Internamento Pediátrico ou tiveram alta para o domicílio, mas com referência para consulta de especialidade:

- Na análise mais detalhada da variável 'Queda' foi possível aferir que as crianças do sexo masculino foram as que apresentaram maior suscetibilidade de sofrer quedas; estas ocorrem com mais incidência nas crianças com 1 ano seguidas pelas crianças de 2 anos; as quedas de altura foram mais incidentes nas crianças entre os 0 e os 12 meses, sendo que, por outro lado as quedas da própria altura são mais incidentes a partir de 1 ano de idade; no momento de admissão no serviço de urgência às crianças foi maioritariamente atribuída a prioridade verde ou amarela, sendo os fluxogramas mais utilizados o de TCE, Problemas dos Membros e Feridas; em consequência de quedas as crianças sofreram maioritariamente hematomas e fraturas; após observação e tratamento no serviço de urgência o destino mais incidente foi o domicílio sem referência.

Perante os resultados apresentados é possível aferir que as lesões não intencionais nas crianças continuam a ser um motivo recorrente de afluência ao SUP, e que apesar das diversas campanhas de prevenção e controlo dos produtos ao dispor das crianças e famílias, continuam a ser uma realidade preocupante.

Neste sentido, a realização de estudos regionais que permitam a monitorização das lesões não intencionais e a divulgação das suas características aos profissionais a trabalhar com a comunidade apresentam extrema relevância. Desta forma é possível traçar um perfil regional no que às lesões não intencionais diz respeito, sendo possível aos profissionais delinear e implementar estratégias de prevenção direcionadas à realidade, tornando-se desta forma mais eficazes.

2.5.2. Estudo Descritivo: ‘Percepção e Atuação da equipa de enfermagem a prestar cuidados em Serviço de Internamento Pediátrico relativamente à temática das Lesões Não Intencionais’ – Atividade 2

A segunda atividade do projeto surge como forma a dar resposta ao objetivo ‘Sensibilizar as equipas de enfermagem para a temática das lesões não intencionais e respetivos cuidados antecipatórios’ e à questão de investigação ‘Qual a real envolvência dos enfermeiros na prática clínica em Serviço de Internamento Pediátrico com a temática das lesões não intencionais?’

Para a efetivação da atividade 2 realizámos um estudo com base em metodologia qualitativa que se apresenta como um estudo descritivo do Tipo não-experimental e com o intuito de compreender qual a percepção e atuação da equipa de enfermagem a prestar cuidados em serviço de internamento pediátrico relativamente à temática em questão, mais especificamente se existia o ‘hábito’ de incorporar os cuidados antecipatórios relativos à temática das lesões não intencionais nos cuidados diários à criança e família em ambiente de internamento pediátrico. Apresenta-se como um estudo descritivo, porque “ (...) consiste em discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo (...)” (Fortin, 1999:162); por outro lado apresenta-se como não-experimental pois assenta na pesquisa de situações que ocorrem naturalmente, e que são observáveis no tempo e no espaço, sem existência de manipulação das variáveis (Fortin, 1999).

A população em estudo é então composta por profissionais de enfermagem, tendo sido selecionada, à semelhança da população-alvo da atividade anterior do projeto, através de amostragem acidental, pelo que os elementos que a compõem foram selecionados “(...) em razão da sua presença num local, num dado momento.” (Fortin, 1999:363). Neste sentido e com a finalidade de se definir a população-alvo foram estipulados como critérios de inclusão: ser profissional de enfermagem, prestar cuidados de enfermagem em serviço de internamento pediátrico e prestar cuidados de enfermagem na Instituição Hospitalar da Região Alentejo onde foi efetivado o estudo Observacional. Em suma, a população-alvo da segunda fase do projeto foram os profissionais de enfermagem a prestar cuidados em serviço de internamento pediátrico na Instituição Hospitalar da Região Alentejo onde foi efetivado o estudo Observacional

e que, tal como contextualizado anteriormente apresentam um papel de extrema importância no que diz respeito à capacitação das crianças, jovens e pais/cuidadores.

Para a efetivação do estudo foram definidas variáveis dependentes e independentes. Nesse sentido temos como Variáveis Independentes: Sexo, Idade, Habilitações Literárias, Tempo de Experiência Profissional, Tempo de Experiência no Serviço Internamento Pediátrico; e como Variáveis dependentes: 1- Percepção dos enfermeiros sobre a Temática das Lesões Não Intencionais e 2 - Atuação dos enfermeiros no domínio da prevenção das Lesões Não Intencionais aquando da Prestação de Cuidados em Serviço de Internamento pediátrico.

A colheita dos dados, nesta segunda atividade do projeto, foi efetivada através da aplicação de questionários aos profissionais de enfermagem que incorporaram a população-alvo. O Questionário apresenta-se como “(...) um instrumento de medida que traz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis.” (Fortin, 1999:249). A sua aplicação permite realizar a “(...) validação dos problemas, aos quais pretendemos dar resposta (...)”(Ruivo & Ferrito, 2010:13) e permite “ (...) um melhor controlo dos enviesamentos [e] (...) organizar (...) normalizar e (...) controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa (...) ” (Fortin, 1999:249) lógica e sistemática.

O questionário estruturado para efetivar a colheita de dados (Apêndice 5) é composto por dois grupos distintos. O primeiro grupo é constituído por 4 perguntas fechadas que incidem na caracterização das variáveis independentes, ou seja na caracterização da amostra. Por sua vez, o segundo grupo do questionário é formado por 31 questões fechadas que pretendem analisar as variáveis dependentes em estudo e respetivos indicadores (Tabela 2). A 32ª pergunta que pretende avaliar se no serviço de internamento existe material de apoio à capacitação dos pais.

Tabela 2 – Organização do Questionário aplicado à equipa de enfermagem do Serviço de Internamento Pediátrico

Variável Dependente	Indicadores	Perguntas do questionário
‘Perceção dos enfermeiros sobre a Temática das Lesões Não Intencionais’	1) Perceção sobre os mecanismos influenciadores das Lesões Não Intencionais [PML]	3, 4, 5, 6 e 8
	2) Perceção acerca das consequências das Lesões Não Intencionais [PCL]	1,2,7 e 10
	3) Perceção acerca da importância da realização de cuidados antecipatórios [PCAL]	9, 11, 12 e 13
‘Atuação dos enfermeiros no domínio da prevenção das Lesões Não Intencionais aquando da Prestação de Cuidados em Serviço de Internamento pediátrico’	1) Realização de cuidados antecipatórios generalizados relativos às Lesões Não Intencionais [RCU]	14, 15 e 16;
	2) Realização de cuidados antecipatórios relativos às Lesões Não Intencionais e adequados à faixa etária [RCF]	17, 18, 19, 20, 21 e 22
	3) Realização de cuidados antecipatórios relativos às Lesões Não Intencionais e específicos para os diferentes mecanismos de lesão [RCM]	23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 e 31

Fonte: Elaboração própria com base no questionário elaborado

No segundo grupo do questionário, que pretende analisar a percepção e atuação dos enfermeiros a prestar cuidados em serviço de internamento pediátrico relativamente à temática das lesões não intencionais, é utilizada a Escala de Likert, sendo que esta

“ (...) consiste em vários enunciados declarativos (por vezes, chamados de *itens*) que expressam um ponto de vista sobre um tópico. Solicita-se aos respondentes que indiquem em que grau concordam com a opinião expressa pelo enunciado, ou dela discordam (...)” (Polit & Hungler, 1995:173).

A escala contempla cinco itens de opinião que no questionário, nas perguntas 1 a 13, se apresentam da seguinte forma: 1- Concordo Plenamente, 2- Concordo, 3- Nem concordo, Nem discordo, 4- Discordo, 5- Discordo Plenamente; e por sua vez das perguntas 14 a 31 os itens de opinião apresentam-se como: 1- Sempre, 2 Muitas Vezes, 3- Algumas Vezes, 4-Raramente e 5- Nunca. Desta forma o item 1 (Concordo Plenamente ou Sempre) é considerado a resposta mais desejada, enquanto o item 5 (Discordo Plenamente ou Nunca) é a resposta menos pretendida; sendo que, as respostas que antecedem o item 3 (Nem concordo, Nem discordo ou Algumas Vezes) são consideradas positivas, enquanto as que o precedem são consideradas negativas. Há a ressaltar a existência de três perguntas invertidas (pergunta 2, 7 e 10) em que a resposta mais desejada corresponde ao item 5 (Discordo plenamente) e a resposta menos desejada corresponde ao item 1 (Concordo plenamente), sendo que as respostas que antecedem o item 3 (Nem concordo, Nem discordo) são consideradas negativas, enquanto as que o precedem são consideradas positivas.

No questionário o score máximo é 155 e o score mínimo é 31, visto que o item ‘Concordo plenamente’ ou ‘Sempre’ corresponde a 1 ponto e o item ‘Discordo Plenamente’ ou ‘Nunca’ corresponde a 5 pontos. Assim, o score pretendido em cada questionário é de trinta e um, e quanto mais baixo for o score melhor é a percepção e atuação dos enfermeiros a prestar cuidados em serviço de internamento pediátrico relativamente às lesões não intencionais. Aquando da análise dos questionários as perguntas invertidas serão recodificadas por forma a que seja possível calcular os scores máximos e mínimos.

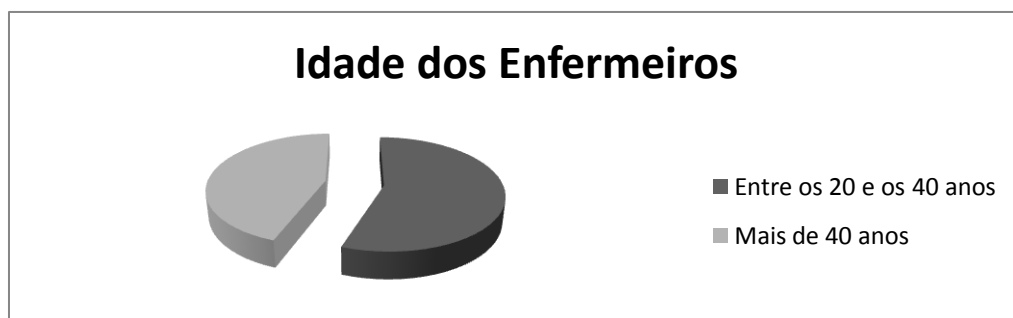
Após a construção do questionário e antes da sua aplicação à população-alvo em estudo foi efetivada a validação do mesmo, através da aplicação de um pré-teste. Este “ (...) consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada (...)” (Fortin, 1999:253) e tem como principal objeti-

vo “ (...) evidenciar possíveis falhas na redacção do questionário (...) ” (Gil, 2008:134). O pré-teste foi aplicado a 5 elementos da equipa de enfermagem a prestar cuidados no serviço de internamento pediátrico. Aquando da aplicação do mesmo não foram detetadas incongruências nem surgiram dúvidas no preenchimento por parte dos intervenientes. Foi ainda aplicada a técnica de Alfa de Cronbach que “(...) permite estimar até que ponto cada enunciado da escala mede de forma equivalente o mesmo conceito.” (Fortin, 1999:227), tendo-se obtido um valor de 0,866. Segundo Fortin (1999:227) “O valor (...) varia de 0,00 a 1,00; o valor mais elevado denota uma maior consistência interna.”, pelo que se conclui que o valor obtido é satisfatório e que as questões presentes no questionário medem de forma fiável o que se pretende, não sendo necessário proceder a alterações. Neste seguimento os questionários utilizados para a realização do pré-teste foram incluídos no estudo.

A análise dos dados obtidos com a aplicação do questionário foi realizada através da utilização de SPSS Statistics 24.0. Foi realizada uma análise estatística e descritiva por forma a caracterizar as variáveis independentes e dependentes.

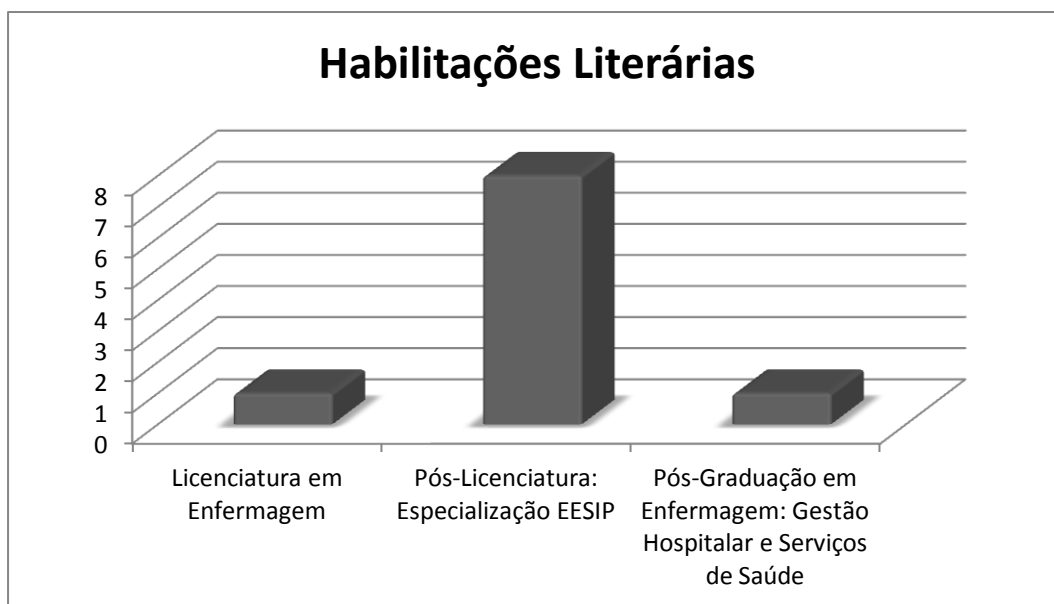
Relativamente à análise das variáveis independentes e consequente caracterização dos profissionais de enfermagem a prestar cuidados no serviço de internamento pediátrico que colaboraram no preenchimento do questionários aferimos que, da totalidade da equipa de enfermagem participaram no preenchimento dos questionários 71,4%, sendo na sua totalidade do sexo feminino. Da totalidade da amostra 60% têm mais de 40 anos (Gráfico 1). A grande maioria dos profissionais que colaboraram no preenchimento dos questionários (80%) detém a Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Gráfico 2). Relativamente à experiência profissional dos participantes 50% trabalham há mais de 20 anos (Gráfico 3), sendo que 70% do total da amostra trabalha na área pediátrica há mais de 5 anos (Gráfico 4).

Gráfico 1 - Distribuição das idades dos enfermeiros a prestar cuidados no Serviço de Internamento Pediátrico



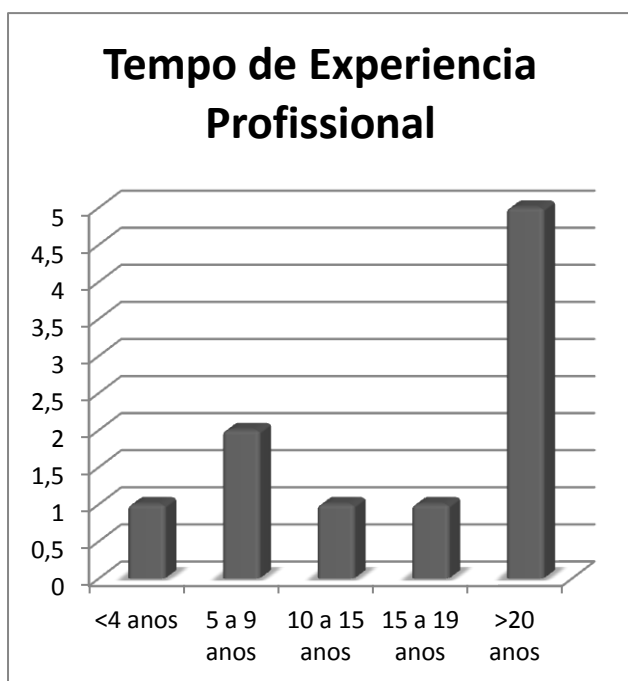
Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados à população-alvo

Gráfico 2 - Distribuição das habilitações literárias dos enfermeiros a prestar cuidados no Serviço de Internamento Pediátrico



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados à população-alvo

Gráfico 3 - Distribuição do tempo de experiência profissional dos enfermeiros a prestar cuidados no Serviço de Internamento Pediátrico



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados à população-alvo

Gráfico 4 - Distribuição do tempo de experiência na área pediátrica dos enfermeiros a prestar cuidados no Serviço de Internamento Pediátrico

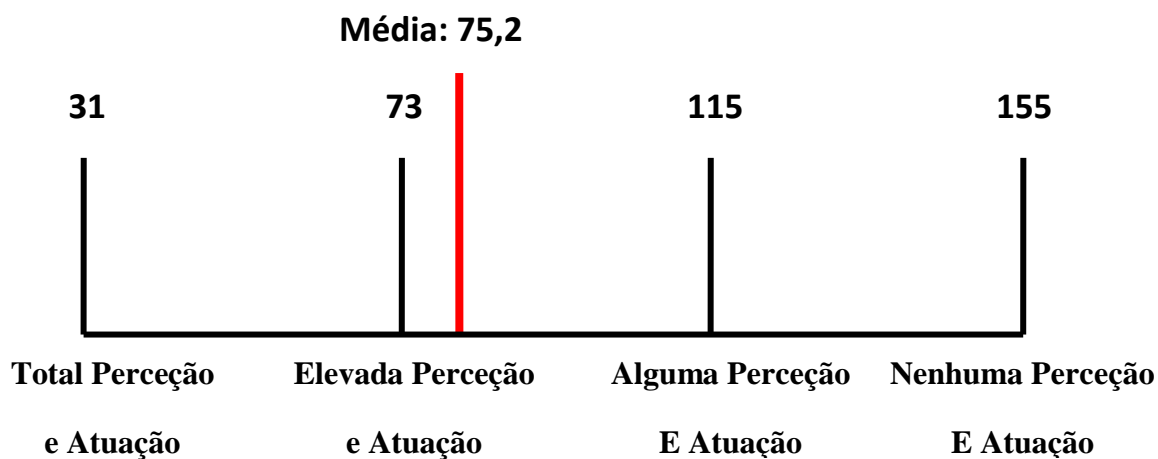


Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados à população-alvo

Posteriormente foi realizada a análise dos dados relativos às variáveis dependentes em estudo. Da análise global dos questionários verificou-se que o score se encontra

entre 60 e 87, com uma média de 75,2 (Imagem 1), pelo que é possível aferir que os profissionais de enfermagem a prestar cuidados no serviço de internamento pediátrico apresentam uma **‘Elevada Perceção e Atuação’** perante a temática das lesões não intencionais.

Imagem 1 – Nível de Perceção e Atuação dos profissionais de enfermagem a prestar cuidados no Serviço de Internamento Pediátrico acerca da temática das Lesões não Intencionais

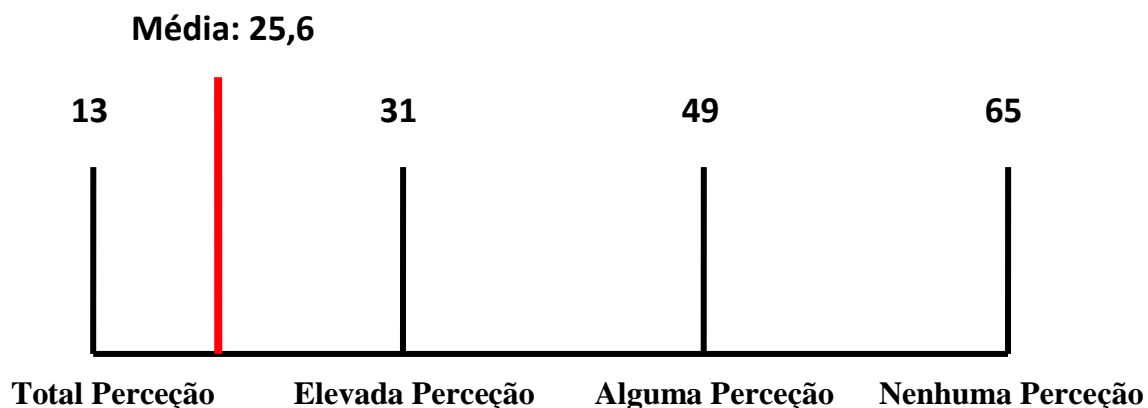


Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados à população-alvo

Posteriormente e para uma melhor compreensão dos resultados obtidos com a análise dos questionários realizámos, de forma independente, a avaliação dos Quartis para cada uma das variáveis dependentes.

a) Na variável ‘Perceção dos enfermeiros sobre a Temática das Lesões Não Intencionais’, que é avaliada por 13 questões, o score mínimo é 13 e o score máximo é 65. Na análise das respostas obtidas para a variável em questão verificou-se que o score variou entre 17 e 33, apresentando uma média de 25,6 (Imagem 2). Desta forma foi possível concluir que os profissionais de enfermagem a prestar cuidados no serviço de internamento apresentam uma **‘Total Perceção’** relativamente à temática das lesões não intencionais.

Imagem 2 – Nível de Percepção dos profissionais de enfermagem a prestar cuidados no Serviço de Internamento Pediátrico acerca da temática das Lesões não Intencionais



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados à população-alvo

Numa análise mais aprofundada, analisando os indicadores que compõem a variável foi possível aferir que:

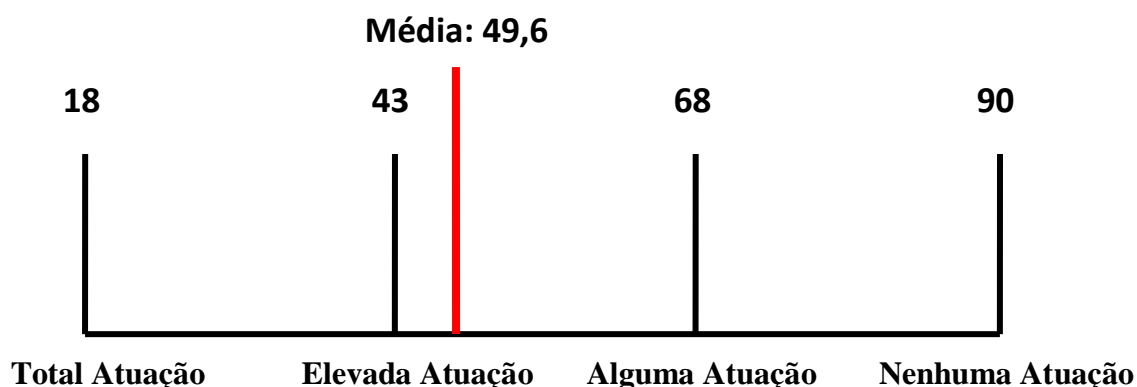
- para o indicador PML, avaliado por 5 perguntas com score mínimo de 5 e máximo de 25, o score variou entre 9 e 15, com uma média de 11,2, pelo que é possível aferir que os profissionais de enfermagem que colaboraram no preenchimento do questionário apresentam **‘Total Percepção sobre os mecanismos influenciadores das Lesões Não Intencionais’**;

- no indicador PCL, avaliado em 4 perguntas, com score mínimo de 4 e máximo de 20, este variou entre 4 e 12, com uma média de 8,4, sendo possível concluir que os profissionais de enfermagem que participaram no preenchimento do questionário apresentam **‘Total Percepção acerca das consequências das Lesões Não Intencionais’**;

- por fim, o indicador PCAL, avaliado também por 4 perguntas com score mínimo de 4 e máximo de 20, este variou entre 4 e 10, com uma média de 6, sendo possível conferir que os enfermeiros que colaboraram no preenchimento dos questionários apresentam **‘Total Percepção acerca da importância da realização de cuidados antecipatórios’**.

b) Por sua vez, na variável dependente ‘Atuação dos enfermeiros no domínio da prevenção das Lesões Não Intencionais aquando da Prestação de Cuidados em Serviço de Internamento pediátrico’, que é avaliada por 18 questões o score mínimo é 18 e o score máximo é 90. Da análise das respostas obtidas nos questionários foi possível aferir que score variou entre 36 e 58, apresentando uma média de 49,6 (Imagem 3). Desta forma foi possível concluir que os profissionais de enfermagem a prestar cuidados no serviço de internamento apresentam uma ‘**Elevada Atuação**’, no domínio da prevenção das lesões não intencionais.

Imagem 3 – Nível de Atuação dos profissionais de enfermagem a prestar cuidados no Serviço de Internamento Pediátrico acerca da temática das Lesões não Intencionais



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados à população-alvo

Numa análise mais detalhada dos indicadores que compõem a variável em questão foi possível concluir que:

- no indicador RCU, avaliado por 3 perguntas, com score mínimo de 3 e máximo de 15, que variou entre 6 e 11 e que apresentou uma média de 9, foi possível aferir que os profissionais de enfermagem que colaboraram no preenchimento do questionário apresentam ‘**Alguma Realização de cuidados antecipatórios generalizados relativos às Lesões Não Intencionais**’;

- no indicador RCF avaliado em 6 perguntas, com score mínimo de 6 e máximo de 30, com variância entre 9 e 18, apresentando uma média de 14,4, foi possível conferir que os profissionais de enfermagem a quem foi aplicado o questionário efetuam ‘**Total Realização de cuidados antecipatórios relativos às Lesões Não Intencionais e adequados à faixa etária**’;

- por fim e pela análise do indicador RCM, avaliado em 9 perguntas, com score mínimo de 9 e máximo de 45, sendo que este variou entre 20 e 32, apresentando uma média de 26,3, foi possível concluir que os profissionais de enfermagem que colaboraram no preenchimento dos questionários efetuam **‘Alguma Realização de cuidados antecipatórios relativos às Lesões Não Intencionais e específicos para os diferentes mecanismos de lesão’**.

A última questão do questionário incidia sobre a existência ou não no serviço de mecanismos auxiliares na capacitação dos pais/cuidadores, tais como folhetos, posters, entre outros. Do total dos 10 elementos da equipa de enfermagem que responderam aos questionários apenas 1 referiu existirem mecanismos auxiliares no serviço, não especificando quais. Ou seja, 90% dos profissionais que colaboraram no preenchimento dos questionários referiu que no seu serviço não existem meios que permitam complementar a capacitação dos pais.

Em suma, e pelas elações retiradas da análise das variáveis em estudo e dos indicadores que as compõem, foi possível concluir que os profissionais de enfermagem a prestar cuidados em serviço de internamento pediátrico e que colaboraram no preenchimento dos questionários apresentam uma elevada perceção acerca das lesões não intencionais, sobre os mecanismos que as influenciam, as suas consequências para as crianças e famílias e sobre a importância da aplicação de cuidados antecipatórios que potenciem a aplicação de medidas e prevenção das lesões e a criação de ambientes seguros. No entanto, foi também possível aferir, que aquando da sua prestação de cuidados e contacto com as crianças e respetiva família no serviço de internamento, os profissionais de enfermagem realizam a aplicação de cuidados antecipatórios de uma forma satisfatória, mas não total, sendo que por vezes as ações de prevenção e capacitação dos pais não são incluídas nos cuidados prioritários. Sendo ainda de referir que no serviço não existem materiais didáticos relativos às lesões não intencionais que complementem os ensinamentos efetivados pelos profissionais.

2.5.3. Levantamento dos pontos potencialmente perigosos e indutores de Lesão Não Intencional no Serviço de Internamento Pediátrico - Atividade 3

A terceira atividade contribuiu também para alcançar o objetivo ‘Sensibilizar as equipas de enfermagem para a temática das lesões não intencionais e respetivos cuidados antecipatórios’. Efetivámos uma observação do espaço físico do serviço de internamento pediátrico, aquando do decorrer do estágio clínico, com a finalidade de compreender a existência, ou não, pontos sensíveis que pudessem potenciar lesão não intencional às crianças que frequentam o serviço, tanto em situação de internamento, como em situação de permanência temporária para realização de tratamentos em hospital de dia. As observações efetuadas foram registadas em tabela própria, desenvolvida para o efeito.

Da análise dos dados levantadas com a observação e registados em tabela (Apêndice 6) foi-nos possível constatar que em todo o espaço físico do serviço de internamento existiam pontos sensíveis e potenciadores de lesão não intencional nas crianças. Nos espaços destinados às crianças, nomeadamente quartos, corredor e instalação sanitária, os pontos principais identificados relacionam-se essencialmente com a presença de tomadas elétricas sem proteção e ao alcance das crianças, a presença de mobiliários comquinas aguçadas e sem proteção e a não existência de pavimento antiderrapante nas instalações sanitárias. Por outro lado os principais pontos identificados nos espaços destinados aos profissionais, mas facilmente acessíveis pelas crianças, como a copa, a sala dos sujos e a sala de trabalho de enfermagem, relacionavam-se essencialmente com o incorreto acondicionamento de produtos químicos ou de produtos de uso clínico e com o facto de as portas nem sempre se encontrarem fechadas, facilitando o acesso das crianças a estes locais.

Com a observação efetuada foi-nos possível aferir apesar da realidade e dos números associados às lesões não intencionais continua a ser essencial a sensibilização dos profissionais para a temática e para a necessidade adaptar todos os espaços frequentados pelas crianças ambientes seguros em todos os locais frequentados pelas crianças, nomeadamente nos serviços de internamento, sendo assim emergente intervir por forma a manter um ambiente mais seguro.

2.5.4. Sessão de sensibilização dos profissionais de enfermagem para a problemática das Lesões Não Intencionais – Atividade 4

A atividade 4, constituída por uma Sessão de Sensibilização dos profissionais de enfermagem a prestar cuidados no serviço de internamento pediátrico para a temática das lesões não intencionais, surge em complementaridade com as atividades 2 e 3, com o intuito de contribuir para a concretização do objetivo ‘Sensibilizar as equipas de enfermagem para a temática das lesões não intencionais e respetivos cuidados antecipatórios’.

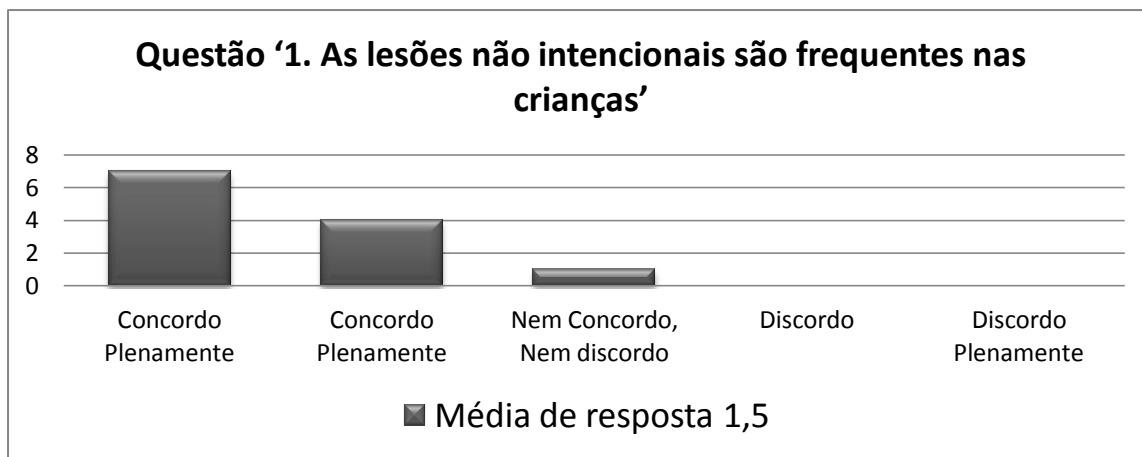
A sessão de sensibilização (Apêndice 7) teve como objetivo geral ‘Sensibilizar a equipa de enfermagem a prestar cuidados no serviço de internamento pediátrico acerca da temática lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos de idade’ e como objetivos específicos: ‘Definir o conceito de lesão não intencional nas crianças’, ‘Divulgar a realidade das lesões não intencionais na região abrangida pela Instituição Hospitalar onde foi efetivado o Estudo Observacional’ e ‘Alertar os profissionais de enfermagem para os pontos potenciadores de lesão não intencional dentro do serviço de internamento de pediatria’.

Na sessão foram divulgados os resultados do Estudo Observacional, por forma a alertar os profissionais de enfermagem para a realidade da problemática na região abrangida pela Instituição Hospitalar onde diariamente prestam cuidados. Foram ainda difundidos os resultados da observação efetivada no serviço de internamento durante o estágio curricular, evidenciando pontos frágeis que poderão representar perigo para as crianças internadas, como forma de alerta para a necessidade de implementação de ambientes seguros em todos os ambientes em que as crianças circulam.

A sessão de sensibilização teve uma participação de 85,7% dos elementos que compõem a equipa de enfermagem do serviço de internamento pediátrico. No final da mesma foi aplicado um questionário (Apêndice 8) com o intuito de compreender a efetividade da mesma, composto por 6 questões fechadas, avaliadas por escala de Likert, através de 5 itens: 1- Concordo Plenamente, 2- Concordo, 3- Nem concordo nem Discordo, 4- Discordo e 5- Discordo Plenamente.

Da análise dos questionários aferimos que a média das respostas se situou entre 1,25 e 1,3, sendo que em 5 das 6 questões as respostas situam-se entre o ‘Concordo Plenamente’ e o ‘Concordo’, sendo exceção apenas a questão nº2 em que as respostas se situam entre o ‘Concordo’ e o ‘Nem Concordo, Nem Discordo’ (Gráficos 5, 6, 7, 8, 9 e 10).

Gráfico 5 - Distribuição das respostas à questão 1: ‘As lesões não intencionais são frequentes nas crianças’



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados à população-alvo

Gráfico 6 - Distribuição das respostas à questão 2: ‘As lesões não intencionais são umas das principais causas de ocorrência aos Serviços de Urgência Pediátrica’



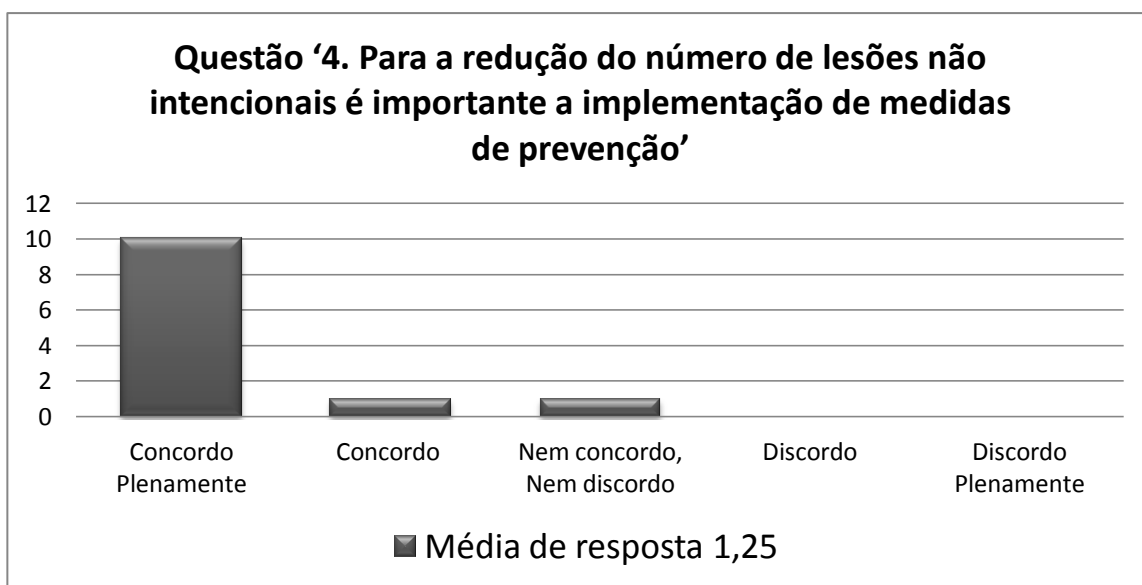
Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados à população-alvo

Gráfico 7 - Distribuição das respostas à questão 3: 'As lesões não intencionais devem ser motivo de preocupação por parte dos profissionais'



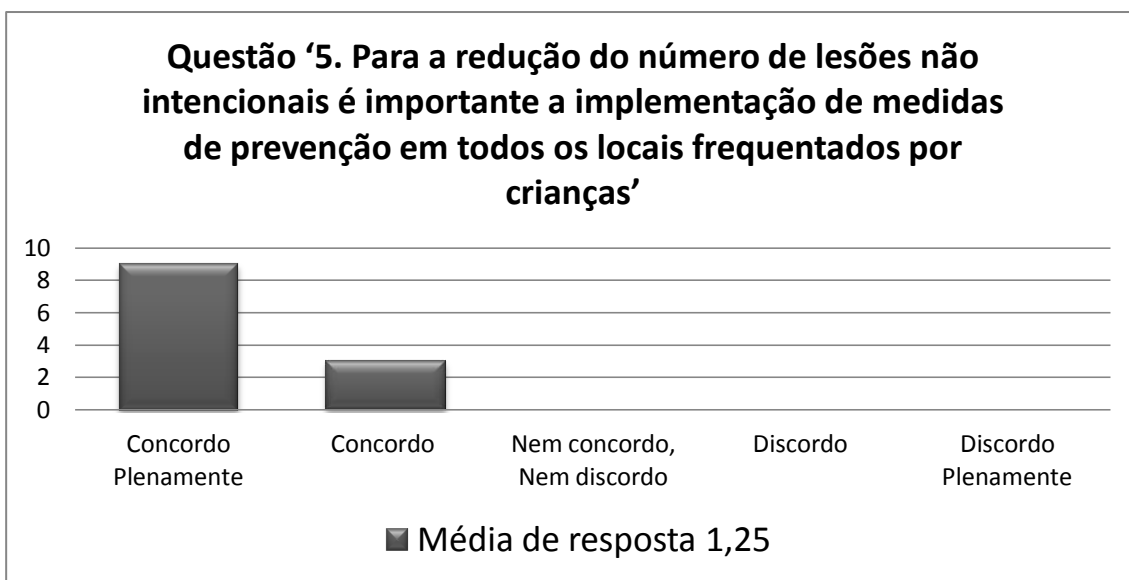
Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados à população-alvo

Gráfico 8 - Distribuição das respostas à questão 4: 'Para a redução do número de lesões não intencionais é importante a implementação de medidas de prevenção'



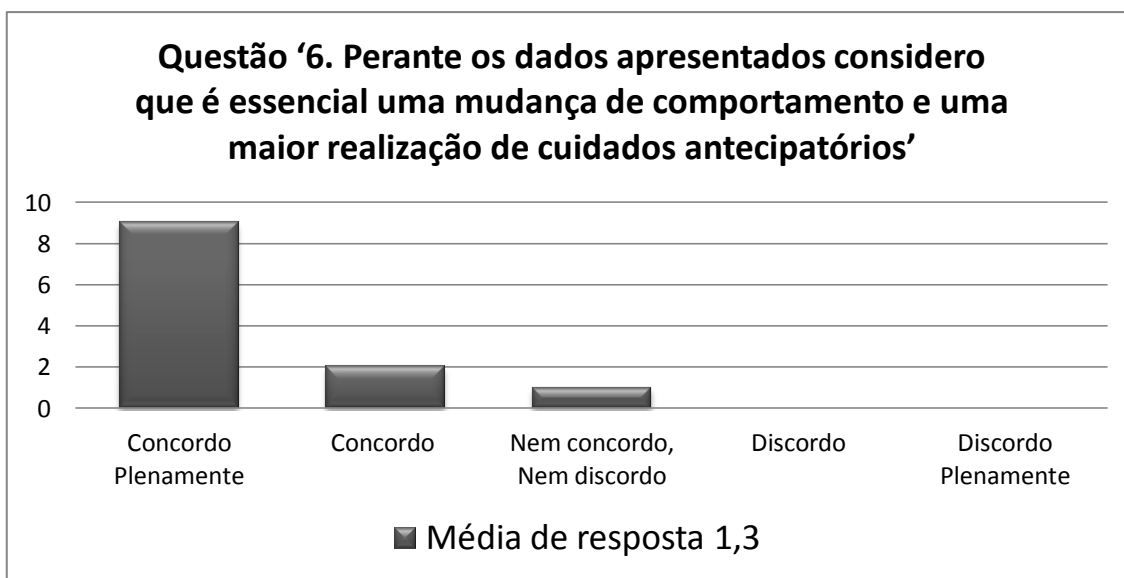
Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados à população-alvo

Gráfico 9 - Distribuição das respostas à questão 5: ‘Para a redução do número de lesões não intencionais é importante a implementação de medidas de prevenção em todos os locais frequentados por crianças’



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados à população-alvo

Gráfico 10 - Distribuição das respostas à questão 6: ‘Perante os dados apresentados considero que é essencial uma mudança de comportamento e uma maior realização de cuidados antecipatórios’



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados à população-alvo

Em suma, e pela análise dos questionários aplicados após a Sessão de Sensibilização para a temática das Lesões Não Intencionais, foi possível aferir que os profissionais de enfermagem a prestar cuidados no serviço de internamento pediátrico ficaram despertos para a realidade da problemática das lesões não intencionais e para a necessidade

de prestar cuidados de prevenção antecipatórios junto dos pais/cuidadores e da adoção de medidas de criação de ambientes seguros, em todos os locais frequentados por crianças.

2.5.5. Otimização de estratégias para a promoção de ambientes seguros – Atividade 5

A quinta atividade que pretende dar resposta ao objetivo ‘Otimizar estratégias para capacitar os pais/cuidadores na adoção de medidas de prevenção de lesões não intencionais nas crianças e jovens’ afigurou-se como transversal a toda a execução do projeto, uma vez que foi efetivada nos diferentes locais onde realizámos o estágio em contexto prático, tanto nos cuidados de saúde primários como a nível dos cuidados hospitalares.

Em cada um dos locais de estágio, numa fase inicial, existiu a preocupação de conhecer o tipo de população a quem prestaríamos cuidados e quais as suas necessidades, nomeadamente a nível da temática desenvolvida, assim como de compreender a dinâmica dos serviços e das equipas e quais as lacunas existentes nos serviços relativamente prevenção das lesões não intencionais, por forma a delinear as prioridades e focos de intervenção.

Em contexto de CSP, na fase inicial do estágio foi realizada uma reunião com a equipa de enfermagem, que incluiu um *brainstorming*, por forma a perceber as necessidades da população infanto-juvenil relativamente à temática em estudo. Aferimos que existia um ‘deficit’ no material de suporte à capacitação dos pais na temática das lesões não intencionais, pelo que foram definidas várias atividades. Através de uma breve análise aferimos que as crianças que maioritariamente acorriam à Unidade da Saúde Familiar [USF] se encontravam no primeiro ano de vida, pelo que decidimos realizar uma sessão de educação para a saúde, denominada ‘Crianças Seguras, Famílias Felizes! – Prevenção de Acidentes com Crianças em Ambiente Doméstico – Primeiro ano de vida –’ (Apêndice 9), com o intuito de fomentar a criação de ambientes seguros, em ambiente doméstico, no primeiro ano de vida das crianças, que incorpora uma fase de desenvolvimento com grandes conquistas ao nível das

competências cognitivas e motoras e conseqüentemente exposição ao perigo. Em seguimento da sessão de educação para a saúde foi também desenvolvido um folheto (Apêndice 10) entregue aos pais e que ficou disponível junto à recepção da USF. Na reunião com a equipa de enfermagem aferimos, também, que a sala de espera afeta às consultas de saúde infantil não era apelativa e não continha nenhuma informação pertinente a transmitir aos pais, pelo que decidimos efetivar um ‘poster’ relativo aos cuidados a ter com o sol, denominado ‘Chegou o Bom Tempo – O que fazer para proteger?’ (Apêndice 11), pois estávamos no mês de maio, em início de época de tardes passadas a brincar no exterior. Em virtude do mesmo foi também realizado um folheto (Apêndice 12) que ficou disponível junto à recepção acessível para que os pais consultassem e levassem consigo.

Em contexto de estágio em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN], no início do estágio e, em interligação com a enfermeira orientadora aferimos que no serviço não existia nenhum tipo de suporte que acompanhasse a capacitação dos pais relativamente à temática das lesões não intencionais. Neste sentido decidimos pela realização de um guia destinado a ser entregue aos pais, juntamente com o guia de alta, no momento de saída da unidade e de retorno a casa com o bebé (Apêndice 13). Este apresenta como principal objetivo complementar as informações e os ensinamentos efetivados aos pais durante o período de internamento e potenciar a manutenção de atitudes e ambientes seguros, numa fase repleta de dúvidas.

Em contexto de estágio no SUP, e após análise conjunta com a enfermeira orientadora concluímos, que devido à tipologia de cuidados prestados em ambiente de SUP e devido ao curto período de tempo que as crianças permanecem no serviço, seria mais pertinente optar por realizar um atividade mais ampla. Neste sentido, e tendo em conta que o SUP apresentava um registo contínuo das crianças que deram entrada na sala de emergência ou permaneceram em observação em Sala de Observação [SO] optamos pela elaboração de um levantamento estatístico do número de crianças que deu entrada em consequência das lesões não intencionais no período entre Janeiro e Julho 2018. Posteriormente foi elaborado um documento com os resultados do levantamento estatístico (Apêndice 14) a enviar posteriormente para as unidades de CSP da região de abrangência do SUP, com o intuito de pedir a colaboração dos profissionais de

enfermagem no direcionamento dos cuidados antecipatórios das lesões não intencionais, para os mecanismos de lesão identificados como mais prevalentes na região.

Por fim, no período do estágio em contexto de serviço de internamento a atividade desenvolvida integrou um projeto em fase de execução denominado ‘Crescer Saudável’, do qual a enfermeira orientadora fazia parte. Este projeto tinha como principal finalidade a projeção de vídeos na sala de espera do serviço com o intuito de promover a capacitação dos pais/cuidadores relativamente a diversas temáticas relacionadas com o crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens, formas de atuação perante determinada patologia ou sintomatologia, entre outros, enquanto estes aguardam por internamento para cirurgia ou por tratamento no Hospital de Dia. Neste seguimento elaboramos um vídeo denominado ‘Vamos Prevenir Acidentes com as Crianças’, que será posteriormente projetado na sala de espera juntamente com os vídeos referentes a outras temáticas.

Com a realização das referidas atividades, todas elas com o intuito de capacitar os pais para a criação de ambientes seguros em todos os locais frequentados pelas crianças, nomeadamente no domicílio, esperamos ter conseguido despertar todos os intervenientes, quer profissionais de saúde, como pais/cuidadores, para a importância da prevenção das lesões não intencionais e assim contribuir para a redução dos números atuais.

2.6. Avaliação e Conclusões do Projeto ‘Crianças Seguras, Famílias Felizes! - Lesões Não Intencionais numa região do Alentejo em crianças até aos 4 anos de idade.’

A avaliação do projeto é um processo contínuo, que não se limita à fase final do projeto, podendo distinguir-se alguns momentos chave, como a avaliação intermédia e a avaliação final, que vai avaliar o produto final e todo o processo realizado para o alcançar. (Ruivo & Ferrito, 2010). A avaliação intermédia foi realizada entre as fases de Planeamento e Execução, tal como anteriormente explicitado. Por sua vez a avaliação final foi realizada após a concretização de todas as fases do projeto e assenta na “(...) verifi-

cação da consecução dos objectivos definidos inicialmente.” (Ruivo & Ferrito, 2010:26) e da concretização das atividades planeadas.

A efetivação do projeto anteriormente apresentado, e desenvolvido ao longo da aprendizagem clínica em contexto prático de CSP e de Cuidados Hospitalares, permitiu alcançar os objetivos inicialmente delineados.

A concretização da atividade 1 permitiu-nos traçar um perfil regional relativo às lesões não intencionais, nomeadamente da região do Alentejo abrangida pela Instituição Hospitalar onde foi efetivado o Estudo Observacional. Com a efetivação do estudo foi possível caracterizar as lesões não intencionais observadas em crianças até aos 4 anos de idade, identificar os mecanismos de lesão não intencional mais frequentes e avaliar a incidência das lesões não intencionais ao longo do ano 2017 nas crianças até aos 4 anos de idade numa região do Alentejo. Os dados obtidos foram conclusivos quanto à realidade da problemática na região e permitiram ter uma real noção dos números e características das lesões não intencionais mais incidentes nas crianças até aos 4 anos de idade na região do Alentejo em estudo. No entanto não foi possível caracterizar de forma pormenorizada os mecanismos de lesão e as lesões emergentes uma vez que, como os dados foram obtidos de forma retrospectiva e através da consulta dos processos clínicos que por vezes não contemplam todas as informações explicativas de como ocorreu a lesão e quais as suas consequências, em alguns casos não se conseguiu caracterizar totalmente a situação.

Por outro lado com a efetivação das atividades 2, 3 e 4, que se interligam e complementam, foi-nos possível sensibilizar os profissionais de enfermagem a prestar cuidados em serviço de internamento pediátrico para a relevância da temática. Com a efetivação da atividade 2 conseguimos compreender o grau de perceção e atuação dos profissionais de enfermagem a prestar cuidados em serviço de internamento pediátrico relativamente à problemática das lesões não intencionais; com a efetivação da atividade 3 foi-nos possível conferir a existência de pontos potencialmente indutores de lesão não intencional nas crianças que frequentam o serviço de internamento pediátrico, sendo-nos possível concluir que não existia, por parte dos profissionais, uma real consciência de que também no serviço de internamento é essencial a implementação de medidas de prevenção; por fim a realização da atividade 4 permitiu-nos alertar os profissionais de

enfermagem, a prestar cuidados no serviço de internamento pediátrico da instituição onde foi concretizado o estudo observacional, para a problemática das lesões não intencionais e para a realidade verificada com as crianças até aos 4 anos de idade que se incluem na área de abrangência da sua prestação de cuidados diários, assim como sensibiliza-los para a importância da capacitação dos pais e para a implementação de medidas de prevenção em todos os locais que as crianças frequentam.

Com a realização da atividade 5, efetivada ao longo dos estágios em contexto clínico, quer em CSP ou em Cuidados Hospitalares, conseguimos otimizadas estratégias para capacitar os pais/cuidadores para a adoção de medidas de prevenção de lesões não intencionais nas crianças e jovens e criação e manutenção de ambientes seguros.

Por fim, mas não menos relevante, os dados e as principais conclusões do estudo observacional ‘Lesões não intencionais em crianças dos 0 aos 4 anos de idade’ foram compilados em documento, em formato de artigo (Apêndice 15), para posterior publicação. Desta forma pretendemos responder ao objetivo ‘Promover a divulgação dos resultados obtidos junto dos profissionais de enfermagem da região Alentejo’, ou seja divulgar o perfil regional respeitante às lesões não intencionais em crianças entre os 0 e os 4 anos numa região do Alentejo junto dos profissionais que diariamente prestam cuidados às crianças, jovens e família. Sendo um passo que assume especial relevância na área da saúde, nomeadamente na área da enfermagem, uma vez que

“(…) a divulgação dos resultados é também uma forma de sensibilização das pessoas e outros profissionais para o problema que estava em causa, servindo assim de exemplo sobre caminho a seguir, delineando estratégias e a forma de minimizar/anular esse problema nos vários contextos.” (Ruivo & Ferrito, 2010:32).

3. APRENDIZAGEM CLÍNICA: DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS AOS CUIDADOS HOSPITALARES

No decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Ramo de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e com o intuito de desenvolver Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, assim como Competências Comuns de Enfermeiro Especialista foram realizados estágios clínicos em diferentes contextos de prestação de cuidados pediátricos. Neste seguimento é possível afirmar que os estágios clínicos afiguram-se como “(...) momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde e afins, com o objectivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências.” (Alarcão & Rua, 2005:376).

Estes iniciaram-se no final do segundo semestre, mais especificamente entre 14 Maio e 22 Junho de 2018, em contexto de CSP e tiveram a sua continuação no decorrer de todo o terceiro semestre, entre 17 de Setembro de 2018 e 18 de Janeiro 2019, em contexto Hospitalar, nomeadamente em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Serviço de Urgência Pediátrica e Serviço de Internamento Pediátrico. Cada contexto prático permitiu “ (...) o contacto com a prática (na sua previsibilidade e imprevisibilidade); a mobilização, integrada e contextualizada, de diferentes saberes (seleccionados em função da sua pertinência); [e] a caminhada para a identidade profissional.” (Alarcão & Rua, 2005:376).

Para a realização dos estágios foram traçados objetivos gerais e transversais aos diferentes contextos práticos, sendo eles:

- Desenvolver Competências Comuns do Enfermeiro Especialista;
- Desenvolver Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;

– Prestar cuidados especializados à criança e jovem, em parceria com pais/cuidadores no sentido da maximização da saúde e segurança e prevenção da doença;

– Otimizar estratégias para capacitar os pais/cuidadores na adoção de medidas de prevenção de lesões não intencionais nas crianças e jovens.

3.1. Estágio I

No final do segundo semestre do curso, entre 14 Maio e 22 Junho 2018, foi realizado o Estágio I que decorreu em contexto de Cuidados de Saúde Primários. Os CSP “ (...) constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.” (Decreto-lei 28/2008: 1182).

Atualmente os CSP estão organizados em Agrupamentos de Centros de Saúde [ACES]. Segundo o Decreto-lei 28/2008 estes são serviços de saúde descentralizados das Administrações Regionais de Saúde, apresentando autonomia administrativa e podendo integrar ou um ou mais centros de saúde. São constituídos por diversas unidades funcionais; nomeadamente Unidades de Saúde Familiar [USF], Unidades de cuidados de saúde personalizados [UCSP], Unidade de cuidados na comunidade [UCC], Unidade de saúde pública [USP] e Unidade de recursos assistenciais partilhados [URAP]; que trabalham em parceria com o objetivo comum da prestação de cuidados de saúde primários à população residente na área geográfica por eles abrangida.

O Estágio I foi efetivado numa USF, pertencente ao ACES Alentejo Central, integrado na Administração Regional de Saúde do Alentejo. A presente USF iniciou funções em Setembro de 2011 e apresenta como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na área geográfica da sua influência, assim como garantir a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos. Encontra-se sediada num dos concelhos do distrito de Évora, composto por 5 freguesias

e abrangendo uma população de 7 028 utentes no ano de 2017, sendo que 11,3% se encontram na faixa etária entre os 0 e ao 14 anos e 61,4% se encontram entre os 15 e os 64 anos. (Fundação Francisco Manuel dos Santos: PORDATA, 2019). A USF é composta por uma equipa multiprofissional, que integra 5 médicos, 5 enfermeiros, 7 assistentes técnicos e 4 secretárias clínicas. Existe uma articulação entre as equipas da USF e as equipas da UCC, que se encontra sediada no mesmo edifício, existindo projetos comuns respeitantes à promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade. Existe ainda uma colaboração por parte de elementos da equipa da URAP, nomeadamente Psicóloga Clínica, Fisioterapeuta, Assistente Social e Terapeuta da Fala.

Na presente USF os cuidados de saúde à população são prestados tanto na sede, como nas diversas extensões existentes, sendo que a prestação de cuidados é sempre efetivada por equipa multidisciplinar composta por médico e enfermeiro, pela utilização da metodologia de enfermeiro de família. O Enfermeiro de Família aquando da sua prestação de cuidados tem por base o cuidar a

“ (...) família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde (...)”. (Decreto-lei 118/2014: 4070).

Ou seja, o enfermeiro de família, que tem ao seu cuidado um determinado número de utentes/famílias, tem a responsabilidade da prestação de cuidados de enfermagem ao utente e família ao longo do ciclo de vida e ciclo familiar. Está a seu cargo a promoção da saúde e prevenção da doença através de uma monitorização constante dos utentes de forma individual e como elementos integrantes de uma família. Por outro lado tem ainda a responsabilidade de capacitar os utentes e famílias para a adoção de comportamentos potenciadores de saúde e preventivos de doença, estimulando a participação ativa de todos os elementos do agregado familiar. Ao Enfermeiro de família cabe ainda a articulação com restante equipa multiprofissional sempre que necessário, de forma a que sejam prestados cuidados holísticos. (Decreto-lei 118/2014). A presente USF servia um total de 3000 famílias no ano de 2011, desde famílias monoparentais, nucleares ou alargadas. (Fundação Francisco Manuel dos Santos: PORDATA, 2019).

Relativamente ao espaço físico a USF é composta por um hall de entrada onde se encontram as secretárias clínicas e onde é efetivada a admissão dos utentes; salas de

espera, sendo uma de uso exclusivo para as crianças; diversos gabinetes médicos, existindo um gabinete específico para consultas de planeamento familiar, um gabinete para consulta do diabético, um gabinete específico para as consultas de saúde infantil, um gabinete de vacinação, um gabinete de enfermagem e uma sala de tratamentos; existem ainda diversos gabinetes onde se encontra a funcionar a UCC, um ginásio, refeitório e vestiários.

Em contexto de USF são prestados cuidados à população em geral, abrangendo todas as faixas etárias, no entanto no decorrer do Estágio I, e com o intuito do desenvolvimento de competências de Enfermagem inerentes à Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a prestação de cuidados foi centralizada na criança e respetiva família. Todo o estágio foi orientado por uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica permitindo a integração dos conhecimentos relativos à prestação de cuidados de saúde à criança e família em contexto de cuidados de saúde primários.

Importa compreender a realidade da USF relativamente à população infanto-juvenil, sendo que no concelho da área de abrangência da USF no ano de 2017 ocorreram 44 nascimentos, sendo a taxa de mortalidade infantil registada no mesmo ano nula. (Fundação Francisco Manuel dos Santos: PORDATA, 2019).

Na USF são desenvolvidas consultas de saúde infantil e juvenil de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ], realizadas em gabinete próprio e em idades-chave do crescimento e desenvolvimento físico, psíquico, motor, cognitivo e emocional das crianças e jovens, assim como em momentos chave das suas vidas, como a entrada para a escola ou mudança de escolaridade. (DGS, 2013) No decorrer do ano de 2012 foram realizadas 3 138 consultas de saúde infanto-juvenil. (Fundação Francisco Manuel dos Santos: PORDATA, 2019). Durante a consulta são tidos em conta diversos aspetos, tais como, a avaliação física, psicológica e de desenvolvimento detalhada das crianças e jovens de acordo com a sua idade e estadió de desenvolvimento por forma a detetar possíveis alterações à normalidade que necessitem de intervenção ou encaminhamento para outros profissionais. São também realizados cuidados antecipatórios com a capacitação dos pais/cuidadores e das crianças mais velhas no que respeita à escolha de comportamentos saudáveis, nomeadamente no que diz respeito a

hábitos alimentares, de exercício, de sono/repouso, higiene pessoal, entre outros, assim como a adoção de medidas preventivas ao nível da segurança em casa, segurança rodoviária, consumo de substâncias e vacinação.

A presente USF funcionada de segunda à sexta das 09h00 às 21h00 e aos fins-de-semana e feriados das 09h00 às 15h00. Tem definido tempos próprios para as consultas de saúde infantil e juvenil, sendo que as mesmas se realizam às terças e quartas-feiras no período da manhã e quintas-feiras durante todo o dia, tanto na sede como nas diferentes extensões de forma rotativa. De igual forma a vacinação infantil e juvenil é realizada às terças-feiras no período da manhã e às quartas e quintas-feiras no período da tarde.

O registo das consultas de saúde infantil e juvenil, assim como de todos os atos realizados e cuidados prestados são efetivados em sistema informático, em programa SClínico® através da utilização da metodologia da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem [CIPE], ou seja com base em linguagem CIPE, comum a todos os profissionais, permitindo uma uniformização dos cuidados. As vacinas administradas são registadas em programa SClínico® e também em programa informático próprio, o EBoletim de vacina, e no boletim de vacinas em suporte de papel.

Em contexto do Estágio I em USF foi também realizado um Estudo de Caso Familiar tendo como intervenientes uma família nuclear recém-formada, constituída por pai, mãe e filha de 6 meses, todos eles utentes da unidade. Com a elaboração do estudo de caso foi possível compreender a importância que os CSP, e mais especificamente as USF, representam para as famílias recém-formadas. Sendo que os CSP são os prestadores de cuidados que se encontram mais próximos das populações fornecem suporte e apoiam através da capacitação e do esclarecimento de dúvidas que surgem a cada novo desafio, a cada dia que passa. Foi também possível assimilar a importância de envolver a família na construção de planos de cuidados personalizados para si e para a sua criança, permitindo desta forma direcionar esforços e recursos para os diagnósticos emergentes no momento e que muitas vezes são primeiramente identificados pelas famílias.

No decurso do Estágio I na USF para além da prestação de cuidados diretos e antecipatórios à criança e respetiva família aquando das consultas de saúde Infantil e Juvenil, Vacinação, ou consultas de saúde oportunistas, foram ainda realizadas atividades integradas no Projeto de Mestrado subordinado à temática das ‘Lesões Não Intencionais em crianças’. Foi realizado um Poster (Apêndice 11) e respetivo folheto (Apêndice 12) denominado ‘Chegou o Bom Tempo – O que fazer?’, com o objetivo de alertar os pais para a necessidade de adoção de medidas preventivas aquando da exposição das crianças ao sol, visto que nos encontrávamos em Maio, no início da época de calor e de maior permanência das crianças em ambiente exterior. O mesmo foi afixado na sala de espera destinadas às crianças e jovens. Foi também realizada uma Sessão de Educação para a Saúde denominada ‘Crianças Seguras, Famílias Felizes! Prevenção de Acidentes com crianças em Ambiente Doméstico – Primeiro Ano de Vida - ’ (Apêndice 9), destinada a pais e ou cuidadores de crianças até ao 1 ano de idade, com o objetivo de ‘Capacitar os pais/cuidadores de crianças até 1 ano de idade acerca ambientes seguros em ambiente doméstico.’ No contexto da sessão de educação para a saúde foi também realizado um folheto compilatório (Apêndice 10) da informação transmitida na sessão que foi entregue aos pais para consulta rápida no domicílio.

Tanto a sessão de educação para a saúde como os folhetos realizados foram entregues à enfermeira orientadora, de forma a poderem ser posteriormente replicados e utilizados na capacitação dos pais. Ambos os folhetos foram colocados no hall de entrada da USF de forma a serem acessíveis a todos os pais/cuidadores que se dirijam à USF.

3.2. Estágio Final

O Estágio Final que decorreu ao longo de todo o terceiro semestre, mais especificamente entre 17 de Setembro de 2018 e 18 de Janeiro 2019, foi todo ele realizado em meio Hospitalar. Dividiu-se em três campos de estágio distintos; o primeiro com 4 semanas de duração foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, o segundo, que também decorreu em 4 semanas foi realizado num Serviço de

Urgência Pediátrica e o terceiro com uma duração de 8 semanas foi realizado no Serviço de Internamento Pediátrico.

Em todos os campos de estágio a enfermeira orientadora detinha a Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

3.2.1. Unidade De Cuidados Intensivos Neonatais

O Estágio final iniciou-se pela passagem pela Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais no período entre 17 Setembro a 12 Outubro. Este foi realizado numa Instituição Hospitalar Pública de referência, inserida na Administração Regional de Saúde do Alentejo, cuja missão é a prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil. Segundo o Relatório de gestão da presente instituição esta abrange de forma direta 156 207 habitantes na região Alentejo central e de forma indireta 321 903 habitantes das regiões Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral (Hospital do Espírito Santo, E.P.E., 2018).

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais onde foi efetivado o estágio foi inaugurada em Junho de 1990 tendo sofrido diversas alterações ao longo dos anos. Inicialmente, a Comissão Nacional de Saúde Materna considerou-a como uma unidade de Apoio Perinatal, sendo que em 2001 passou a unidade de Apoio Perinatal Diferenciado, incorporando cuidados intensivos neonatais e passando a ser denominada Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - UCIN. Trata-se de uma Unidade de referência na região Alentejo, recebendo recém-nascidos pré-termo e de termo até aos 28 dias de vida e que necessitem de cuidados diferenciados de toda a Região Alentejo, mas também de outras regiões do país quando não existem vagas nos Hospitais centrais. Os Neonatos que receberem cuidados na UCIN e que são considerados recém-nascidos de risco, nomeadamente os grandes prematuros, ficam posteriormente a ser acompanhados em Consulta de Neonatologia e de Risco Neonatal. Em 2007 a UCIN passou a integrar a rede Europeia de Neonatologia.

A presente UCIN é desde Dezembro 2015 um serviço certificado pela Direção Geral de saúde em conformidade com o Programa Nacional de Acreditação em Saúde [PNAS]. Neste sentido é considerada uma unidade com objetivos e resultados delineados e que presta cuidados de saúde de qualidade, com base em evidências científicas e com segurança, sempre assentes em elevados padrões de competência técnica e respeitando os padrões de qualidade. (DGS, 2014).

Por forma a compreender o nível de atuação da UCIN é importante aferir as taxas de natalidade da sua área de influência. Desta forma, em toda a Região Alentejo no ano de 2017 ocorreram 5 225 nascimentos de nados-vivos, correspondendo a uma Taxa de Natalidade de 7,3%, que se apresenta inferior à Taxa de Natalidade Nacional que no mesmo ano se fixou nos 8,4%. Durante o ano de 2017, na Região Alentejo dos nascimentos de nados-vivos 3% correspondem a partos gemelares. (INE, 2018). Foi ainda possível aferir que a nível nacional durante o ano de 2017 do total de nados-vivos 8,9% correspondem a recém-nascidos com baixo peso, ou seja com peso inferior a 2 500 gramas; e que 8,1% correspondem a nascimentos prematuros, ou seja a recém-nascidos com menos de 37 semanas de gestação. Ambos os valores sofreram um aumento relativamente aos números registados no ano 2016. (INE, 2018).

Em termos físicos a Unidade situa-se no piso 3, junto da sala de partos e com ligação a esta para facilitar o transporte dos recém-nascidos com necessidades de cuidados diferenciados imediatos. É composta por 3 salas de prestação de cuidados. A sala A composta por 3 incubadoras e destinada à prestação de Cuidados Intensivos; a Sala B composta por 5 incubadoras e destinada à prestação de Cuidados Intermédios; e a Sala C composta por 4 berços e destinada à prestação de Cuidados Mínimos e pré-alta. Em termos físico é ainda composta por um gabinete de preparação de terapêutica, um gabinete de enfermagem, um gabinete médico e pelo cantinho da amamentação, onde as mães que se encontram a amamentar têm à sua disposição todo o material necessário para realizar a extração do leite materno que será acondicionado de forma apropriado no serviço e posteriormente será fornecido ao recém-nascido.

A UCIN possui uma central de monitorização dos recém-nascidos internados, que transmite o estado clínico e sinais vitais dos neonatos das incubadoras para o gabinete de enfermagem, permitindo aos enfermeiros manterem uma vigilância constante.

Os pais podem permanecer junto dos recém-nascidos de forma continua entre as 09h00 e a 00h00, sendo que no período noturno os que vivam a mais de 30km têm a possibilidade de pernoitar em quartos criados para o efeito e que se encontram junto à Unidade.

Em termos de recursos humanos a UCIN é composta por uma equipa multiprofissional que integra médicos pediatras, enfermeiros, assistentes operacionais e uma funcionária administrativa. A equipa de enfermagem é composta por 22 elementos, sendo um deles a Enfermeira Chefe. Dos 21 elementos que se encontram na prestação de cuidados, 20 são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Os cuidados aos recém-nascidos são prestados com base no modelo NIDCAP[®] - Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-nascido. No momento do decorrer do estágio três elementos da equipa de enfermagem encontravam-se a realizar formação certificada para o poder instituir oficialmente no serviço. Segundo o NIDCAP[®] na prestação de cuidados aos recém-nascidos em ambiente de UCIN é de especial importância ter em atenção ao impacto negativo que o ambiente poderá ter no seu desenvolvimento, não só em termos de ambiente físico, como ruído ou luminosidade, mas também em termos de prestação de cuidados, manipulação e realização de procedimentos invasivos. (Santos, 2011). Na presente UCIN a equipa de enfermagem procura manter o ambiente o mais tranquilo possível, livre de ruídos ou luzes intensas; os cuidados de enfermagem são prestados respeitando o repouso dos recém-nascidos, sendo que os procedimentos invasivos e dolorosos são planeados, agrupados e realizados de 3/3horas deixando o recém-nascido em repouso e tranquilidade no restante tempo; os recém-nascidos são posicionados de forma contida no interior de um ‘ninho’ e entre rolos de forma a simular o mais possível o ambiente aconchegante do útero e, sempre que possível é utilizada a ‘Posição Canguru’, que promove a estimulação do recém-nascido e a criação do vínculo com os pais.

Durante a prestação de cuidados aos neonatos a equipa de enfermagem trabalha com base no método de trabalho individual, ou seja cada enfermeiro, durante o decorrer de um turno, é responsável por um determinado número de recém-nascidos ficando

encarregue de lhes prestar todos os cuidados. O enfermeiro para além de ser responsável pela prestação de cuidados diretos ao recém-nascido tem também a tarefa de os coordenar com a restante equipa multidisciplinar e de os avaliar. (Costa, 2004). Aquando da prestação de cuidados, e sempre que a situação clínica do neonato o permite, os pais são incentivados a interagir e a prestar os cuidados básicos de higiene e alimentação aos recém-nascidos sempre sobre supervisão e com auxílio do enfermeiro responsável. Desta forma é estimulada a relação entre os pais e o recém-nascido e reforçado o vínculo de parentalidade. Esta filosofia de cuidar assenta no conceito de parceria de cuidados e tem por base a premissa de que “ (...) os pais não são visitantes nem técnicos, são parceiros no cuidar.” (Ferreira & Costa, 2004:51)

Todos os registos de enfermagem são realizados em suporte de papel próprio e arquivados no processo clínico do recém-nascido.

Em contexto do Estágio na UCIN para além da prestação de cuidados diretos ao recém-nascido em parceria com os pais foram ainda realizadas atividades integradas no Projeto de Mestrado subordinado à temática das ‘Lesões Não Intencionais em crianças’. Aquando da prestação de cuidados em parceria foram realizados ensinamentos aos pais sobre como implementar medidas de prevenção no domicílio, nomeadamente durante o banho, a muda da fralda, a amamentação ou alimentação com leite adaptado, posicionamento do bebé e cuidados a ter com o ovinho, carro de passeio e espreguiçadeiras. Foi também realizado um Guia a ser entregue aos pais no momento da alta com informações pertinentes e simples de como manter os bebés em ambientes seguros nos primeiros meses de vida de vida (Apêndice 13).

3.2.2. Serviço De Urgência Pediátrica

O segundo período de estágio realizou-se entre o 15 Outubro a 9 Novembro no SUP de uma Instituição Hospitalar Distrital integrante da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT].

A presente instituição assegura a prestação de cuidados de saúde a uma população residente de cerca de 200 mil habitantes distribuídos por 9 concelhos numa área de 3.500 Km², e assume como missão a prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno, tendo sempre como foco principal o doente e a resposta às suas necessidades emergentes. (Hospital Distrital de Santarém, EPE, 2018)

No ano 2017 a população residente na área de abrangência fixou-se nos 239 346, tendo ocorrido um total de 1707 nascimentos. Em termos demográficos ocorreu uma diminuição da população entre os 0 e os 64 anos, verificando-se o oposto na população com mais de 65 anos. Os habitantes entre os 0 e os 14 representavam 13,4%; os habitantes entre os 15 e os 64 anos representavam 62,9%; e os habitantes com mais de 65 anos representavam 23,7% do total da população. (Fundação Francisco Manuel dos Santos: PORDATA, 2019).

O SUP é parte integrante do Serviço de Pediatria da instituição que para além deste integra o Serviço de Internamento Pediátrico, a Unidade de Neonatologia e a Consulta Externa Pediátrica, apresentando como objetivo a prestação de cuidados de saúde em crianças e adolescentes desde os 0 até aos 18 anos. (Hospital Distrital de Santarém, EPE, 2019)

Em termos físicos o SUP é composto por uma sala de espera, um gabinete de triagem com dois postos de triagem permanentes, três gabinetes médicos, uma sala de emergência, uma sala de tratamentos de enfermagem, uma sala de aerossóis e uma SO. O SO encontra-se subdividido em duas áreas distintas, uma com 2 berços e 1 cama destinada à primeira infância, ou seja destinada a latentes e crianças até aos 4-5 anos, e uma outra com 3 camas destinada à segunda infância, ou seja preparada para as crianças mais velhas; todo o SO está equipado com monitores de vigilância cardiorrespiratória, rampas de oxigénio e de vácuo.

Todo o serviço se encontra adaptado para as crianças e jovens, apresentando um ambiente juvenil, com as paredes decoradas com pinturas alusivas a figuras animadas bem conhecidas das crianças, tendo também disponíveis brinquedos, jogos e material de pintura e escrita, por forma a tornar a permanência das crianças no SUP o menos traumática possível.

O serviço está equipado com um sistema de videovigilância que permite aos profissionais monitorizar a sala de espera e a entrada das crianças e pais/cuidadores no serviço, o que permite antecipar a atuação dos profissionais perante situações complexas e emergentes de saúde.

A nível de recursos humanos o SUP é composto por uma equipa multiprofissional composta por médicos pediatras, enfermeiros, assistentes operacionais e 1 funcionária administrativa. Relativamente à equipa de enfermagem a mesma é composta por 19 elementos, incluindo a enfermeira chefe, dos quais 9 são Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

No SUP a prestação de cuidados de enfermagem baseia-se no método de equipa. A prestação de cuidados é sempre centrada nas crianças e famílias que recorrem aos SUP, por forma a proporcionar-lhe os melhores cuidados possíveis (Costa, 2004). Em cada turno existe um elemento como chefe de equipa, que assume a responsabilidade de coordenar o trabalho e de planear a distribuição dos cuidados pelos diferentes elementos da equipa escalada para o turno, segundo as competências dos mesmos (Costa, 2004). Na presente SUP em cada turno os enfermeiros escalados são distribuídos e ficam responsáveis por um posto de cuidados, mais especificamente um fica responsável por realizar a triagem, outro fica encarregue de prestar todos os cuidados necessários na sala de tratamentos e sala de aerossóis, e um outro fica encarregue de prestar todos os cuidados às crianças que necessitem de permanecer em SO para observação. No entanto esta distribuição não é estanque, sendo que qualquer um dos elementos da equipa quando necessário mobiliza-se a outro posto, que não o da sua responsabilidade, para colaborar na prestação de cuidados em conjunto com os restantes colegas. O chefe de equipa nos turnos da manhã e tarde é um elemento extra que para além de coordenar o trabalho de equipa e de resolver quaisquer situações que possa surgir, colabora na prestação de cuidados sempre que necessário.

No serviço existem, por parte dos profissionais de enfermagem, uma preocupação em incluir os pais/cuidadores nos cuidados às crianças. Neste sentido existem alguns materiais informativos, nomeadamente folhetos, que são entregues aos pais/cuidadores quando adequado perante a situação clínica da criança, nomeadamente acerca dos TCE e dos cuidados à criança com febre ou Infecção respiratória. Através deste é possível

transmitir conhecimentos mais específicos aos pais/cuidadores e em algumas situações evitar as múltiplas deslocações ao SUP em fases precoces.

No momento de entrada no serviço as crianças são triadas através do Sistema de Triagem de Manchester, em programa informático ALERT. No primeiro contacto com a criança o enfermeiro realiza uma avaliação sistemática, completa e rápida do estado geral da criança e do motivo, sinais e sintomas, que motivaram a sua recorrência ao serviço de saúde. Desta avaliação resulta a atribuição de uma prioridade clínica com a atribuição de cor correspondente (branca, azul, verde, amarela, laranja ou vermelha) (Grupo Português de Triagem, 2015).

No serviço existe alguns protocolos de atuação elaborados em parceria entre equipas médicas e de enfermagem, nomeadamente respeitantes à administração de medicamentos analgésicos e antipiréticos imediatamente no momento da triagem por forma a aliviar o desconforto das crianças, e à realização de reidratação oral, também no momento de triagem, com solução própria existente no serviço ou com chá açucarado.

No decorrer do estágio no SUP para além da prestação de cuidados diretos à criança e jovem em contexto de urgência e em parceria com os pais/cuidadores foi ainda realizada uma atividade integrada no Projeto de Mestrado subordinado à temática das ‘Lesões Não Intencionais em crianças’. Foi realizado um levantamento do número de crianças que necessitou de permanecer em vigilância em SO ou de cuidados emergentes na sala e emergência no período entre Janeiro e Julho 2018 em consequência de lesões não intencionais. Posteriormente foi elaborado um documento a enviar às unidades de CSP da região abrangida pelo SUP por forma a divulgar os mecanismos de lesão mais incidentes e a estabelecer uma parceria de cuidados entre as diferentes equipas. Desta forma pretendeu-se sensibilizar os profissionais a trabalhar em CSP para a necessidade de incidência dos cuidados antecipatórios nos mecanismos de lesão identificados como mais comuns, contribuindo assim para a diminuição dos números associados às lesões não intencionais (Apêndice 14).

3.2.3. Serviço De Internamento Pediátrico

O último estágio, e o de maior duração – 8 semanas, foi realizado entre 12 Novembro 2018 a 18 Janeiro 2019 em contexto de Serviço de Internamento de Pediatria.

Este foi efetivado numa Instituição Hospitalar Pública de referência, inserida na Administração Regional de Saúde do Alentejo, a mesma onde se encontra integrada a UCIN onde foi realizado o primeiro estágio do semestre. A instituição tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil. Como já foi referido anteriormente presta cuidados de forma direta a 156 207 habitantes na região Alentejo central e de forma indireta 321 903 habitantes das regiões Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral (Hospital do Espírito Santo, E.P.E., 2018).

O Serviço de Internamento de Pediatria presta cuidados diferenciados às crianças e jovens da região abrangida pela instituição hospitalar desde o seu nascimento até aos 17 anos e 364 dias. Este engloba um conjunto de diferentes serviços, nomeadamente internamento pediátrico para acompanhamento clínico e prestação direta de cuidados à criança doente quer seja em contexto de patologia do foro médico, cirúrgico, ortopédico, otorrinolaringológico, oftalmológico, estomatológico e dermatológico; hospital de dia criado em 2000 com o objetivo de humanizar os cuidados hospitalares, alargando-os à comunidade e ao mesmo tempo evitando ou diminuindo o número de dias de internamento; unidade de cirurgia pediátrica e cirurgia de ambulatório que dá resposta a cirurgias com curtos períodos de internamento, que não vão além das 24h00, nas especialidades de cirurgia, de ortopedia, otorrino e oftalmologia. (Hospital do Espírito Santo, E.P.E.,2019).

No seu conjunto todos os diferentes serviços assumem o compromisso de ‘bem-cuidar’ as crianças, jovens e respetivas famílias que a ele recorrem. Apresentam ainda como objetivos comuns: Promover o crescimento saudável das crianças e dos jovens; Aumentar a quantidade e melhorar a qualidade dos serviços prestados; Pugnar e promover ainda mais a humanização no Serviço; Apostar na formação do pessoal; Pugnar para que o Serviço tenha um papel ativo e interventivo no Hospital e na comunidade onde se insere. (Hospital do Espírito Santo E.P.E., 2019).

O presente serviço é desde Dezembro 2015, e à semelhança da UCIN, um serviço certificado pela Direção Geral de saúde em conformidade com o PNAS, apresentando objetivos bem delineados e que baseia a prestação de cuidados à criança, jovem e família em conhecimentos com base em evidência científica e assentes em elevados padrões de competência técnica e de qualidade. (DGS, 2014).

Segundo dados do INE (2018) no ano de 2017 a taxa de Natalidade na região Alentejo situou-se 7,3%, correspondendo a um total de 5 225 nascimentos de nados-vivos. Neste mesmo ano de um total de 711 950 habitantes em toda a região Alentejo, 90 184 habitantes, o correspondente a 12,7% encontrava-se na faixa etária entre os 0 e os 14 anos e 442 089 habitantes, o correspondente a 62,1% encontravam-se na faixa etária entre os 15 e os 64 anos de idade. (INE, 2018). Em comparação com anos anteriores verificou-se que ocorreu um decréscimo do número de jovens e um aumento de número de idosos, estando em consonância com as restantes regiões do país. (INE, 2018).

Especificamente no município em que se encontra sediada a instituição hospitalar e que engloba 12 freguesias existe uma população residente de 53 084 habitantes, sendo que 13,9% se encontram na faixa etária entre os 0 e os 14 anos e 63,8% se encontram na faixa etária entre os 15 e os 64 anos. Em ambos os grupos etários se verificou um decréscimo da percentagem relativamente ao último registo do ano de 2001, sendo que em contrapartida os habitantes situados na faixa etária com mais 65 anos representam 22,4%, tendo sofrido um aumento de cerca de 4% face ao último registo do ano de 2001. (Fundação Francisco Manuel dos Santos: PORDATA, 2019).

Relativamente ao fluxo de trabalho e de acordo com Relatório de Gestão 2017 da Instituição Hospitalar em questão, no ano de 2017 de um total de 11 051 internamentos, uma percentagem de 9,6% é correspondente a utentes na faixa etária entre os 0 aos 18 anos. Por outro lado de um total de 13 059 intervenções cirúrgicas, 5,9% dizem respeito a crianças e jovens entre os 0 e os 18 anos. Por fim e relativamente às Sessões de Hospital de Dia, de um total de 23 996, uma percentagem de 6,9% diz respeito a crianças e jovens entre os 0 aos 18 anos. (Hospital do Espírito Santo, E.P.E., 2018).

No serviço de Internamento de Pediatria a equipa profissional é composta por uma equipa multiprofissional que integra médicos pediatras, um cirurgião pediátrico, uma equipa de enfermagem composta por 15 elementos, incluindo a Enfermeira Chefe, quase todos eles com Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica ou em fase de realização da mesma, 7 assistentes operacionais, uma funcionária administrativa, uma educadora de infância, um assistente social e um psicólogo.

Na prestação de cuidados à criança e jovem, no serviço de internamento, a equipa de enfermagem centra-se nos cuidados à criança/jovem e família, formando-se uma tríade enfermeiro - criança/jovem – família. No momento do planeamento e prestação de cuidados forma-se uma parceria em que todos dão o seu contributo de acordo com os conhecimentos que detêm. Ao enfermeiro cabe ainda o papel de capacitar os pais para aumentar a sua participação no momento de cuidar. “ (...) nos cuidados à criança, a família surge sempre como uma referência sendo o seu enquadramento hoje assumido como fator que viabiliza o cuidado humanizado.” (Mendes & Martins, 2012)

Para além disso o trabalho da equipa de enfermagem é realizado com base no método de trabalho individual, sendo que em cada turno um enfermeiro é responsável por um determinado número crianças/jovens e família, tendo a responsabilidade da prestação e avaliação continuada de todos os cuidados. (Costa, 2004).

Os registos de enfermagem são realizados em plano de cuidados em sistema informático – Alert[®]; por sua vez a administração da terapêutica é validada em sistema informático próprio - CPC_{HS}[®]; nos turnos da manhã é realizada a Classificação de doentes através da utilização do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem [SCD/E], que permite calcular as horas de cuidados para as próximas 24h00 e categorizar os doentes em consonância com a sua necessidade de cuidados de enfermagem (Administração Central dos Sistemas de Saúde [ACSS], 2012). Existe apenas uma exceção que diz respeito às cirurgias de ambulatório em que os registos são efetuados em suporte de papel, em impressos próprios para o efeito.

Em termos físicos o serviço de internamento de pediatria tem capacidade para 15 camas distribuídas por 6 quartos, sendo que um deles se destina ao Hospital de dia (com 3 camas), um outro destina-se à cirurgia de ambulatório (com 3 camas) e um outro

destina-se a situação patológicas que necessitem de isolamento, apresentando apenas uma cama. O serviço comporta ainda um gabinete médico, um gabinete de enfermagem, uma sala de espera, uma sala de tratamentos e uma sala de atividades lúdicas.

O Serviço de Internamento de Pediatria privilegia o bem-estar da criança e do jovem e respetiva familiar, sendo este aspeto comprovável por uma observação rápida do mesmo. Todo o espaço físico está decorado com figuras animadas, tanto nos corredores como nos quartos e sala de tratamentos, o que tornam o ambiente mais acolhedor durante o período de internamento. Para além deste aspeto a existência de uma sala de atividades lúdicas, para onde as crianças podem ir brincar no período entre as 09 e as 15h00 sob acompanhamento de uma educadora de infância e têm ao seu dispor piscina de bolas, computadores com acesso à internet, livros, Playstation[®], televisão e brinquedos diversos, torna o período de internamento menos assustador.

Integrado no período de estágio no Serviço de Internamento Pediátrico foi realizado um estágio de observação, com a duração de dois dias, no Serviço de Consulta Externa de Pediatria da mesma instituição, mais especificamente nas Consultas de Desenvolvimento Infantil. O Serviço de consulta externa apresenta como objetivo a efetivação das consultas em tempo útil por forma a contribuir para a melhoria contínua da condição de saúde das crianças. (Hospital do Espírito Santo, E.P.E.,2019). Nas Consultas de Desenvolvimento infantil é realizado acompanhamento de crianças com *deficits* no desenvolvimento motor, cognitivo e psicossocial. As crianças que recorrem à consulta são referenciadas “(...) pelo médico de família, médico assistente, a partir de consultas de outra sub-especialidade, a partir do Internamento, da Cirurgia, da Neonatologia, da Urgência ou da Unidade de Internamento de Curta Duração.” (Hospital do Espírito Santo, E.P.E.,2019:SP). A consulta é realizada por uma médica pediatra, em parceria com uma enfermeira, que colabora no decorrer da consulta e sempre que possível. À parte de enfermagem cabe essencialmente a monitorização dos sinais vitais, tais como peso, altura, perímetro cefálico, percentis e da tensão arterial (em crianças com mais de 3 anos). No decorrer da consulta é realizada uma avaliação cognitiva e motora da criança, recorrendo à Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada e à Escala de Avaliação da Competências no

Desenvolvimento Infantil dos 0 aos 5 anos - Schedule of Growing Skills II ou à Escala de Desenvolvimento de Ruth Griffiths em crianças com mais de 5 anos. A equipa que coordena a consulta encontra-se ainda em constante articulação com as Equipas de Intervenção Precoce, com os/as educadores e/ou professoras das crianças e com profissionais clínicos de outras áreas, que acompanham as crianças de perto, por forma a reunir um maior conjunto de informações que permitam a realização de uma avaliação mais completa e a comparação do desenvolvimento ao longo das diferentes consultas.

Em contexto do estágio no Serviço de Internamento de para além da prestação de cuidados diretos à criança e jovem em parceria com os pais/cuidadores foram ainda realizadas atividades integradas no Projeto de Mestrado subordinado à temática das ‘Lesões Não Intencionais em crianças’. No presente estágio e em virtude da participação no projeto Crescer Saudável’ em efetivação no serviço por um grupo de enfermeiras a prestar cuidados ‘foi realizado um vídeo assente na temática das lesões não intencionais, denominado ‘Vamos Prevenir Acidentes com as Crianças’. Este foca diferentes formas de prevenção das lesões não intencionais no domicílio e será reproduzido na sala de espera do serviço para visualização pelos pais que aguardam internamento para cirurgia ou por tratamento no Hospital de Dia. Foi ainda realizado um levantamento dos pontos potenciadores de lesões não intencionais existentes no serviço e que representam perigo para as crianças internadas. Posteriormente foram apresentados os resultados à enfermeira chefe e à restante equipa de enfermagem.

3.3. Conclusões - Aprendizagem Clínica

A efetivação dos estágios clínicos permitiu o desenvolvimento e interiorização de conhecimentos teórico-práticos no campo da enfermagem especializada em saúde infantil e pediátrica em contexto de prestação de cuidados de saúde à criança e família. Com a passagem pelos diferentes contextos clínicos, desde os CSP até aos Cuidados Hospitalares (Unidade de Neonatologia, Serviço de Urgência Pediátrica, Serviço de Internamento Pediátrico e Consulta de Desenvolvimento Infantil), foi possível contactar

com crianças em diferentes faixas etárias, com necessidades específicas e com necessidade de cuidados especializados e diferenciados a cada situação, desde a prestação de cuidados em situações de doença aguda ou crónica, passando por ações de maximização da saúde até à prevenção da doença. Foi também possível contactar com crianças e famílias provenientes de diferentes contextos, com necessidade de adequação dos cuidados às suas características individuais e culturais.

A realização dos estágios em contexto clínico permitiu ainda contactar com diferentes instituições de prestação de cuidados, com valores, missões e objetivos distintos e com campos de atuação diferenciados. Assim como, contactar e colaborar com equipas multidisciplinares com métodos de trabalho distintos.

Durante a realização dos estágios, nos diferentes contextos clínicos, foi também possível a execução de atividades respeitantes ao projeto planeado, permitindo realizar uma dinamização dos contextos clínicos respeitante à otimização de estratégias para capacitar os pais/cuidadores na adoção de medidas de prevenção de lesões não intencionais nas crianças e jovens, promovendo assim a criação de ambientes seguros e a prestação de cuidados de qualidade em todos os campos de atuação.

Em suma, a efetivação dos estágios clínicos revelou-se como “Integradora de saberes e geradora de novas formas de pensar e agir.” (Alarcão & Rua, 2005:377) e permitiu a efetivações dos objetivos transversais anteriormente identificados e que serão alvo de reflexão em capítulo posterior.

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS – ANÁLISE REFLEXIVA

A profissão de enfermagem afigura-se como uma “(...) disciplina do conhecimento que se materializa (...) numa profissão e que o exercício da profissão concorre para o fluxo de conhecimento.” (Nunes, 2017:35), pelo que pressupõe uma constante evolução dos seus profissionais com desenvolvimento de competências ao nível do ‘saber’, ‘saber fazer’ e ‘saber ser’. Neste sentido “Exige-se dos profissionais competência, responsabilidade, trabalho em equipa e desenvolvimento colaborativo de saberes.” (Alarcão & Rua, 2005:374). Para alcançarem o esperado desenvolvimento de saberes, os enfermeiros têm de apostar num contínuo “ (...) aperfeiçoamento profissional, [que] mais do que mera atualização dos conhecimentos (...), é o caminho da construção de competências. (...) [e] de operacionalizar e promover o desenvolvimento pessoal e profissional (...)”. (OE, 2015b:43).

As competências afiguram-se como “(...) a capacidade de agir em situação, o que implica a manifestação de uma resposta articulada entre: o que fazer, a quem, porquê e para quê. (...) Implica [ainda] conhecer os limites do seu saber, isto é, o seu não-saber.”. (Alarcão & Rua, 2005:375). Segundo Alarcão & Rua (2005:375) “A competência profissional do enfermeiro envolve (...) três sub-competências (...)”, nomeadamente: a competência cognitiva, que se pode correlacionar com o processo de enfermagem, uma vez que pressupõe a “(...) identificação das necessidades do cliente; a análise e interpretação da informação recolhida; a planificação das actividades de acordo com as prioridades de cada situação; a justificação das intervenções; [e] a avaliação da evolução de cada situação clínica.” (Alarcão & Rua, 2005:375); a competência técnica que está intimamente relacionada com a execução dos procedimentos, recorrendo à técnica correta, seguindo os protocolos/normas instituídos e efetivando uma correta gestão e utilização do material necessário; e a competência comunicacional, que está relacionada com o “(...) saber ouvir; comunicar de forma adequada às características do cliente/família; efectuar ensinamentos oportunos; registar de forma sistematizada a

informação; transmitir informações correctas e pertinentes; estabelecer uma relação de ajuda.” (Alarcão & Rua, 2005:375).

Neste sentido, em contexto do presente Mestrado em Enfermagem em Associação – Ramo de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e com o intuito da articulação dos conhecimentos teóricos, anteriormente transmitidos e aprofundados em sala de aula, com a componente prática associada à prestação de cuidados de enfermagem junto da criança e família, foram efetivadas as Unidades Curriculares de Estágio I e Estágio Final, em diferentes contextos clínicos de prestação de cuidados. A efetivação de ambos os estágios permitiu a consolidação dos conhecimentos teórico-práticos e o desenvolvimento de novos saberes e competências associados à especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Posto isto, no presente capítulo será efetivada uma análise reflexiva com o intuito de fundamentar a concretização dos objetivos propostos para as referidas unidades curriculares, respeitantes aos estágios clínicos, nomeadamente: evidenciar a capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica, fundamentar as decisões com base na teorização e na evidência científica e descrever e avaliar o desenho e a implementação de um projeto.

4.1. Desenvolvimento de Competências De Enfermeiro Especialista

De acordo a OE e com o descrito no Regulamento nº140/2019, respeitante ao ‘Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista’, podemos afirmar que “ (...) enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)” (OE, 2019:4744). Ou seja, engloba todos os profissionais de enfermagem com o título de especialista, que por sua vez apresentam um conjunto de competências comuns e transversais à prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente nas dimensões da prestação de cuidados especializados, educação para a saúde e investigação, sempre com a finalidade de promover a melhoria

contínua da prática dos cuidados de enfermagem, independentemente do contexto onde esta se desenvolva. (OE, 2019).

Segundo o Regulamento nº140/2019 é possível diferenciar as Competências de Enfermeiro Especialista em dois grupos, sendo eles, ‘Competências comuns’ e ‘Competências Específicas’. Partindo do geral para o específico vamos inicialmente refletir sobre a aquisição das ‘Competências Comuns do Enfermeiro Especialista’, para posteriormente passar à reflexão da aquisição das ‘Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica’.

4.1.1 Competências Comuns De Enfermeiro Especialista

As ‘Competências Comuns do Enfermeiro Especialista’ são todas aquelas que são

“(…) partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (...)” (OE, 2019:4745).

De acordo com o ‘Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista’, estas agrupam-se em quatro domínios distintos, sendo eles “(…) a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A); b) Melhoria contínua da qualidade (B); c) Gestão dos cuidados (C); [e] d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).” (OE, 2019:4745). Neste seguimento a reflexão crítica de aquisição das ‘Competências Comuns do Enfermeiro Especialista’ será efetivada de forma individual para cada um dos domínios identificados.

a) Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Para se alcançar o referido domínio é essencial a aquisição de duas competências, sendo elas:

“(…) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (...) [e] Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (...)” (OE, 2019:4745).

O enfermeiro especialista ao exercer a profissão e aquando da prestação de cuidados regesse pelo ‘Estatuto da Ordem dos Enfermeiros’, que especificamente no Capítulo VI – respeitante à Deontologia Profissional - artigo 99º, afirma que

“As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (...) [devendo seguir como] valores universais (...) a igualdade; a liberdade responsável, com capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; [e] a competência e aperfeiçoamento pessoal.” (OE, 2015a:8078).

Durante a realização dos estágios clínicos, nos diferentes contextos práticos, a nossa prestação de cuidados foi efetivada com base nos pressupostos acima identificados, assim como nos deveres contemplados no ‘Estatuto da Ordem dos Enfermeiros’ e nos princípios éticos básicos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

A população-alvo da nossa prestação de cuidados são as crianças e os jovens, que pelas características inerentes ao seu desenvolvimento, assim como pela sua dependência e imaturidade, se apresentam com especial vulnerabilidade. Neste sentido, ao efetivarmos a prestação de cuidados junto das mesmas primou-se sempre pelo respeito dos direitos das crianças contemplados na ‘Convenção sobre os Direitos da Criança’, elaborado pela Unicef (1989), especialmente pelo ‘interesse superior da criança’ e pelo ‘direito à liberdade de expressão’, sendo que este último foi mais considerado em situação em que se prestaram cuidados aos jovens. Foi também tida em conta a ‘Carta da Criança Hospitalizada’ (Levy, 1996) e os seus pressupostos.

Aquando da prestação de cuidados nos diferentes contextos clínicos, e sendo concordantes com a nossa prática clínica diária e experiência profissional prévia, seguimos sempre uma linha de ação que primou pela humanização dos cuidados. Este é um dos valores especificados na ‘Deontologia Profissional’, nomeadamente no Artigo 110º que menciona “O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; (...)”.(OE, 2015a: 8080). O referido artigo assumiu especial relevância aquando da nossa prestação de cuidados, uma vez que esta pressupõe sempre uma atuação baseada em modelos de cuidados centrados na família e em parceria de cuidados. Neste seguimento, os nossos

cuidados às crianças e jovens foram prestados, tendo sempre por base a premissa de que a família é parte integrante dos mesmos, colaborando na prestação de cuidados e sendo também alvo de intervenção por parte dos profissionais de enfermagem.

Analizamos também o Artigo 107º, da ‘Deontologia Profissional’ que foca o respeito pela intimidade e onde é referido que, “Atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de: *a)* Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; (...)”.(OE, 2015a: 8080). Durante a nossa atuação perante a criança e família agimos sempre com o intuito de manter a intimidade e o respeito pela individualidade e dignidade de cada um. Neste sentido, aquando da prestação de cuidados tivemos em atenção a privacidade da criança/jovem e família, planeando e realizando os cuidados de forma a que estes pressupostos fossem respeitados. No entanto, pelo espaço físico dos serviços e pelas contingências do tipo de cuidados nem sempre foi exequível a sua completa consecução. Nomeadamente no SUP, em que a sala de triagem apresenta dois postos de triagem, separados apenas por uma cortina, nos momentos de maior afluência, em que existiu necessidade de manter ambos os postos em funcionamento em simultâneo não foi possível cumprir de forma criteriosa o respeito pela intimidade e privacidade das crianças e famílias, uma vez que a informação verbal transmitida acabava por ser perceptível no outro posto de triagem em que se encontrava outra criança e sua família.

Um outro ponto que mereceu o nosso foco de análise diz respeito ao artigo 105º da ‘Deontologia Profissional’, onde é referido que: “No respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de: *a)* Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; *b)* Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; (...)”.(OE, 2015a: 8079). Neste sentido, aquando da prestação de cuidados à criança/jovem e família e antes de se iniciar qualquer procedimento ou ação foi sempre explicado a todos os intervenientes o que se iria proceder, deixando espaço para que houvesse exposição de dúvidas com posterior esclarecimento das mesmas. Para além disso, para que a informação transmitida fosse realmente esclarecedora existiu sempre a preocupação de adequar a linguagem à faixa etária da criança/jovem e à família de forma que a informação transmitida fosse explicativa e não mais um gerador de ‘stress’.

Importa também analisar o artigo 102º, que refere

“O enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de: *a*) Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; (...) *e*) Abster -se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida; *f*) Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos.” (OE, 2015a: 8079).

Neste sentido aquando da prestação de cuidados à criança/jovem e família procuramos sempre respeitar as suas crenças, ideologias e formas de viver, tentando adaptar os cuidados prestados, mediante os recursos disponíveis, às suas preferências. Neste contexto relembramos uma situação, em âmbito de internamento, em que a pessoa responsável pela criança seguia uma dieta vegan, sendo também esse o regime alimentar da criança desde sempre, pelo que durante o período em que a criança esteve internada procuramos sempre, em constante articulação com o serviço de alimentação, que a criança mantivesse um regime alimentar o mais semelhante ao seu habitual.

Achamos, ainda pertinente analisar o Artigo 106º, que nos refere que:

“O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de: *a*) Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; *b*) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos; (...) *d*) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.” (OE, 2015a: 8079).

Este artigo pode ser analisado em duas vertentes, sendo elas: a prestação direta de cuidados à criança e família e a recolha de dados referentes à criança e família para fins académicos ou de investigação. Relativamente à prestação de cuidados diretos à criança e família, nos diferentes contextos clínicos, existiu da nossa parte a preocupação de transmitir informação referente à situação clínica da criança/jovem apenas aos pais ou à pessoa identificada como significativa na ausência dos pais. Neste sentido apenas efetivamos a transmissão de informação aos pais ou pessoa significativa de forma presencial, não sendo realizada a transmissão indireta de informação, por exemplo via telefone. Por outro lado e relativamente à recolha de dados referentes à criança e família para fins académicos ou de investigação podemos relembrar dois momentos que efetuamos a recolha de informação, sendo eles, o momento de elaboração do estudo de

caso, em contexto de CSP, em que previamente ao início da recolha de dados foi efetivada uma reunião com os pais da criança em questão com a finalidade de explicar o propósito da recolha de informação e foi fornecido um documento para que fosse dado o seu consentimento livre e esclarecido para se proceder com o levantamento dos dados; o outro momento diz à realização do Estudo Observacional, sendo que este foi efetivado tendo sempre por base os princípios de confidencialidade e anonimato dos dados, tendo sido também alvo de análise e aprovação por parte da Comissão de Ética da Instituição onde foi efetivada a colheita de dados.

Um outro ponto importante a referenciar no presente domínio prende-se com análise retrospectiva efetivada pelo enfermeiro relativamente à sua atuação por forma a compreender quais os pontos a melhorar. Em parte esta análise foi sendo efetuada durante as reuniões realizadas no decorrer dos estágios clínicos, com a participação de professor e enfermeiros orientadores, e que nos permitiram refletir acerca das competências adquiridas, quais as que ainda faltavam adquirir e quais os mecanismos que nos poderiam auxiliar na efetivação de cuidados de enfermagem com segurança, pela prevenção e identificação de práticas de risco e pela adoção de medidas antecipatórias de prevenção. Neste sentido destacamos, ainda, os momentos de partilha entre os elementos da equipa de enfermagem, assim como os momentos de partilha entre a equipa de enfermagem e a equipa multidisciplinar. Ambos os momentos permitiram uma análise reflexiva acerca das práticas realizadas e a participação do enfermeiro especialista nos processos de tomada de decisão do que seria necessário alterar/melhorar de forma a garantir a prestação de cuidados de excelência e em segurança às crianças/jovens e família/pessoa de referência.

As competências do ‘Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal’ exigem dos profissionais de enfermagem um pleno conhecimento dos Direitos humanos e em específico dos direitos respeitantes à população-alvo, da legislação que rege a profissão, assim como dos princípios éticos que norteiam a prática de cuidados. Analisando a conduta demonstrada ao longo dos contextos clínicos e da respetiva prestação de cuidados junto da criança e família estamos em condições de afirmar que o conseguimos adquirir as competências do presente domínio.

b) Domínio da melhoria contínua da qualidade

Relativamente ao domínio da melhoria contínua da qualidade existem três competências a alcançar, sendo elas:

“a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1); b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2); c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3).” (OE, 2019:4745).

O desenvolvimento do projeto ‘Crianças Seguras, Famílias Felizes! - Lesões não intencionais numa região do Alentejo em crianças até aos 4 anos de idade.’, com o intuito de promover um incremento dos cuidados antecipatórios numa população delimitada e acerca de uma temática específica, sendo transversal a todos os campos de estágio, permitiu-nos efetivar a liderança, o planeamento, a gestão e o supervisionamento de programas de melhoria contínua.

Neste seguimento, ao longo dos diferentes campos de estágio existiu uma preocupação em conhecer a realidade da população abrangida pela instituição e quais as suas características e necessidades relativamente às lesões não intencionais, por forma a direcionar as ações a desenvolver para as necessidades efetivas.

Em suma, com a realização do projeto referido, que inclui não só o Estudo Observacional e a sensibilização dos profissionais de enfermagem a prestar cuidados em serviço de internamento pediátrico para a relevância problemática, mas também todas as atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes estágios clínicos conseguimos alcançar as competências “B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. [e] B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.” (OE, 2019:4747).

Por sua vez e relativamente à competência “B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (OE, 2019:4747) procuramos durante o decorrer de todos os estágios promover um ambiente físico, psicológico, social, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção das crianças/jovens e família/pessoa significativa. A passagem por diferentes campos de estágio, em regiões diferentes e com populações com

características distintas possibilitou-nos a adoção de uma postura, aquando da prestação de cuidados, geradora de ambientes que incrementam a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural individual e de comunidade.

Aquando da prestação de cuidados procuramos, também, participar na gestão do risco a nível das diferentes instituições, nomeadamente através da aplicação e do respeito pelas diferentes normas de procedimentos instituídas, pelo respeito das normas de controlo de infeção, nomeadamente no que diz respeito à utilização de material de proteção individual sempre que necessário e à correta separação e eliminação dos diferentes resíduos, para desta forma mantermos uma prestação de cuidados com elevados níveis de segurança, quer para os profissionais, quer para as crianças e famílias.

Dentro de esta competência ressalvamos, ainda, uma atividade desenvolvida em contexto de estágio no serviço de internamento em que efetivamos um levantamento dos pontos sensíveis no serviço que representam potencial perigo de lesão não intencional para as crianças que se encontram internadas no serviço ou que a ele recorram para a realização de tratamentos em Hospital de Dia. Após a observação do serviço e da realização do registo dos pontos sensíveis em grelha própria, criada para o efeito, foi efetivada uma sessão de sensibilização junto da enfermeira chefe e dos profissionais de enfermagem que prestam cuidados no serviço com o intuito de os sensibilizar e deixar mais alerta, assim como para incitar à mudança e à criação e manutenção de um serviço seguro e livre de perigos para as crianças que o frequentam.

Por fim, é ainda importante referir a participação em contexto de CSP num projeto de melhoria da qualidade denominado ‘A Dor na Criança’. A finalidade do referido projeto passa inicialmente pela sensibilização dos profissionais de enfermagem, a prestar cuidados na USF, para a importância da implementação de medidas não farmacológicas de controlo da dor em procedimentos invasivos, tais como vacinação, teste de diagnóstico precoce, entre outros. Posteriormente pretendia-se realizar um estudo estatístico e descritivo através da aplicação de questionários à equipa de enfermagem para compreender a percentagem de utilização das medidas não farmacológicas no controlo da dor. No momento da nossa participação o projeto encontrava-se ainda em fase inicial de diagnóstico da situação geral, sendo que a nossa

colaboração passou pela cooperação no levantamento dados e estudos e baseadas na evidência, para se posteriormente se proceder à realização da ação de sensibilização junto os profissionais a transmitir as informações mais relevantes, com o intuito de incentivar o uso das estratégias não farmacologias na USF.

A aquisição das competências do ‘Domínio de Melhoria Continua da Qualidade’ exige uma postura proactiva por parte dos profissionais de enfermagem, na busca contínua da melhoria da qualidade dos cuidados prestados à sua população-alvo, sendo neste caso específico as crianças/jovens e famílias. Através da análise de tudo o que foi descrito e efetivado ao longo dos contextos práticos é possível aferir que conseguimos alcançar as competências do domínio em análise.

c) Domínio da gestão dos cuidados

O ‘Domínio da gestão dos cuidados’ é composto por duas competências, sendo elas:

“a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1); b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2).” (OE, 2019:4745).

Ao longo do desenvolvimento dos estágios nos diferentes contextos clínicos tivemos a possibilidade de contactar com realidades distintas, quer pela metodologia de trabalho utilizada, quer pelo tipo de população e de cuidados prestados e que exigem diferentes respostas por parte dos profissionais de enfermagem. Neste sentido foi-nos possível compreender a efetividade da gestão dos cuidados em diferentes cenários. Os estágios em diferentes unidades de prestação de cuidados permitiu-nos efetivar o planeamento e gestão de prioridades dos cuidados a prestar.

Em CSP, em que a recorrência das crianças à USF é planeada com antecedência e agendada, o planeamento, quer das consultas de saúde infantil quer da vacinação, é realizada atempadamente, em muitos dos casos de véspera. O enfermeiro que irá estar responsável pela saúde infantil ou vacinação, através da análise do agendamento, consegue ter a perceção de quantas crianças vai ter em consulta, conseguindo assim gerir o tempo entre todas. Com o agendamento prévio existe também a possibilidade de preparar todo o material necessário atempadamente.

Em contexto de UCIN, tendo em conta que a equipa presta cuidados segundo o método trabalho individual, cabe a cada um dos enfermeiros gerir o seu turno, consoante as necessidades das crianças que tem à sua responsabilidade. Neste sentido durante o decorrer do estágio tivemos a oportunidade de efetivar o planeamento de cuidados a recém-nascidos com diferentes necessidades, desde cuidados intensivos com vigilância permanente, passando por preparações pra a alta e efetivação de ensinamentos e prestação de cuidados em parceria com os pais/cuidadores.

Em contexto de SUP as prioridades relativas à prestação de cuidados diretos às crianças e jovens vão sendo estabelecidas ao longo do decorrer do turno, consoante as necessidades que forem emergindo. Aquando da efetivação do estágio em contexto SUP tivemos a oportunidade de compreender a dinâmica da gestão de equipa, turno, materiais e equipamentos, uma vez que a enfermeira que nos orientou, sendo especialista em ESIP, e um dos elementos com mais experiência dentro da equipa de enfermagem, na ausência da enfermeira chefe, assumia o posto de enfermeira chefe de turno.

Em contexto de prestação de cuidados em serviço de internamento pediátrico, a equipa presta cuidados segundo o método individual, pelo que à semelhança da UCIN, tivemos a oportunidade de efetivar a realização do planeamento dos turnos, de acordo com as necessidades inerentes às crianças que tínhamos à nossa responsabilidade. No serviço de internamento ao realizarmos turnos em que existam cirurgias programadas tivemos ainda a oportunidade efetivar a gestão dos cuidados junto da criança e família em situação de admissão para cirurgia, procedimentos pré-operatórios e pós-operatórios.

Em todos os campos de estágios e, prestando cuidados em contexto de equipas multidisciplinares tivemos a oportunidade de orientar, supervisionar e avaliar processos de delegação de tarefas. Em contexto de estágio articulamos-nos em diferentes equipas multidisciplinares, sendo que a nossa delegação de tarefas ocorreu essencialmente em correlação com as assistentes operacionais, nomeadamente no domínio da preparação de alimentação para as crianças, como por exemplo biberões, ou de material para a realização de cuidados de higiene. Esta delegação de tarefas foi efetivada nos diferentes contextos e exigiu sempre uma vigilância e avaliação constante das mesmas.

Para que ocorra uma prestação de cuidados eficiente, em tempo útil e em segurança é essencial a existência de uma eficaz gestão de cuidados, quer a nível de recursos humanos, recursos materiais ou planeamento e efetivação da prestação de cuidados. Analisando as experiências vividas nos diferentes contextos clínicos, em contacto com necessidades de cuidados distintas e com diferentes métodos de trabalho foi-nos possível interiorizar as competências do ‘Domínio da gestão de cuidados’.

d) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais é composto por duas competências: “a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1); b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).” (OE, 2019:4745).

Enquanto enfermeiros temos o dever de “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015a:8080).

Todo o percurso realizado, iniciado com a componente teórica e finalizado com a efetivação dos estágios clínicos, sem poder deixar de referir a realização do projeto, possibilitou-nos o desenvolvimento do autoconhecimento e autoconsciência.

A realização dos estágios clínicos nos diferentes campos de estágios permitiu-nos a consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula e efetivar a sua articulação com a prática clínica, em contexto prático. As situações vivenciadas nos diferentes contextos e em contacto com populações com características e necessidades de cuidados de enfermagem distintos possibilitou-nos compreender quais os nossos pontos fortes, em que nos sentimos mais capacitados para agir, e quais os nossos pontos fracos, incitando-nos a querer saber mais e promovendo um constante aperfeiçoamento de competências e busca por novos saberes.

Ao iniciarmos cada um dos estágios procuramos identificar quais as lacunas do conhecimento existentes e específicas para a área de prestação de cuidados. Neste

sentido, e após identificadas as lacunas, em cada um dos locais de estágio, desenvolvemos pesquisa específica para cada área do conhecimento.

Tendo em conta que a experiência anterior corresponde fundamentalmente à prestação de cuidados em Serviço de Urgência e Serviço de Internamento de adultos, com um curto período de tempo de experiência na prestação de cuidados às crianças, jovens e família/pessoa significativa em SUP, os campos de estágios nos quais sentimos mais dificuldades na fase inicial foram os CSP e UCIP, pela diferenciação e especificidade do tipo de cuidados. Em ambos os campos de estágios, nos CSP pela especificação da avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças/jovens e pela complexidade do programa de vacinação e na UCIP pela complexidade dos cuidados aos recém-nascidos pré-termo e grandes prematuros, tivemos a necessidade de efetivar uma pesquisa exaustiva que completassem os nossos conhecimentos e contribuíssem para a aquisição das competências. Nos restantes campos de estágio, nomeadamente SUP e Internamento Pediátrico, fomos efetivando pesquisas sempre que surgiam dúvidas relativas a patologias menos comuns, terapêutica ou até mesmo procedimentos com os quais não nos sentíamos tão à vontade.

A efetivação do projeto ‘Crianças Seguras, Famílias Felizes! - Lesões não intencionais numa região do Alentejo em crianças até aos 4 anos de idade.’, em todas as suas vertentes e atividades desenvolvidas contribuiu também para a aquisição das competências inerentes ao domínio em análise, nomeadamente da competência “ Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019: 4749).

Durante o período do contexto pático tivemos ainda a oportunidade de participar numa formação denominada ‘Sistema de perfusão contínua de insulina (bomba de insulina)’ (Anexo 2). Durante a formação tivemos a oportunidade de aprofundar conhecimentos acerca da Diabetes Mellitus tipo 1: as suas características; sinais e sintomas de alerta, tanto na manifestação inicial como nos pós diagnóstico; sinais e formas de atuação em situação de hipo e hiperglicemias; alimentação recomendada; e tipos de bombas de insulina existentes e as suas formas de programação e funcionamento.

O enfermeiro tem o dever de se manter em contante atualização de conhecimentos e práticas clínicas, o conhecimento é ilimitado. Neste sentido, tanto a concretização do projeto como a efetivação dos estágios nos diferentes contextos clínicos permitiram o desenvolvimento das competências do domínio em análise.

4.1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

As ‘Competências Específicas do Enfermeiro Especialista’ são identificadas como as

“(...) competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (OE, 2019:4745).

Relativamente ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a população alvo de cuidados são as crianças, desde o seu nascimento até que atingem os 18 anos de idade, e respetivas famílias e/ou pessoas de referência/cuidadores. O enfermeiro ESIP direciona a prestação de cuidados especializados à criança tendo sempre como base o binómio criança-família como alvo de cuidados. Ou seja presta cuidados de enfermagem especializados e com segurança à criança, mas sempre em parceria com a sua família e/ou pessoa significativa. Desta forma procura “(...) promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.” (OE, 2018:19192).

As ‘Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica’ direcionam os cuidados de enfermagem à criança e família para áreas distintas, pelo que são contempladas três competências, sendo elas:

“(...) a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.” (OE, 2018:19192).

Será, então, realizada uma análise reflexiva sobre a aquisição de cada uma das competências de forma independente.

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

Esta primeira competência do enfermeiro EESIP assenta na “(...) natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar (...) [é estabelecida] uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.” (OE, 2018:19192).

A presente competência foi desenvolvida e trabalhada ao longo de longo de todos os contextos práticos através do contacto direto com as crianças e suas famílias. No entanto, consideramos que os maiores contributos para a sua aquisição surgiram durante o Estágio I, em contexto de CSP. Nomeadamente a unidade de competência “E1.1 Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.” (OE, 2018:19193), foi sendo desenvolvida no contacto direto com os pais, nomeadamente nas Consultas de Saúde Infantil, mas também através da realização de um estudo de caso familiar.

A realização do estudo de caso familiar foi efetivado junto de uma família nuclear, recentemente formada, e com a uma criança de sete meses de vida, que recorreu regularmente à USF onde foi desenvolvido o estágio. O estudo de caso possibilitou-nos a realização do estudo aprofundado da família, em que se insere a criança e onde esta cresce e se desenvolve, assim como, efetivar diagnósticos de intervenção e delinear um plano de cuidados individualizado para a criança e para a família. (Galdeano, Rossi & Zago, 2003). Aquando da realização do estudo de caso foi efetivado um levantamento de dados relativos à criança e família através de uma entrevista realizada à mãe e da análise dos processos clínicos em programa informático SClínico® e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil da Criança. No estudo de caso foi inicialmente realizada uma avaliação da família, utilizando como guia o Modelo Calgary de Avaliação da Família, nomeadamente da sua estrutura interna e externa, assim como das redes de apoio e do contexto social e comunitário onde se insere. Numa segunda fase foi realizada uma

avaliação da criança; primeiramente através de uma anamnese realizada junto da mãe, visto que a criança já se encontrava nos sete meses de idade, e numa segunda fase de forma presencial em contexto de consulta na USF, nomeadamente do seu crescimento e desenvolvimento. Por fim, e após estarem reunidos todos os dados referentes à criança e família realizamos um plano de cuidados individualizado para a criança e família, assente em linguagem CIPE, que incluiu diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções de enfermagem, em vários domínios, nomeadamente parentalidade, desenvolvimento infantil, vacinação, alimentação e cuidados antecipatórios nomeadamente sobre medidas de segurança. A avaliação do plano de cuidados foi sendo efetivada nos contactos posteriores com a criança e família em contexto de consulta na USF.

Por sua vez 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, 2018:19193), foi sendo trabalhada ao longo de todos os contextos de estágio, através do contato direto com as crianças, no entanto consideramos que os contributos mais importantes foram decorrentes do estágio em UCIN e SUP.

Especialmente em contexto de SUP, e através da realização da Triagem de Manchester tivemos a oportunidade para desenvolver a capacidade para identificar as diferentes doenças comuns às várias idades e para implementar respostas de enfermagem apropriadas. O processo de triagem assume-se como extremamente relevante em contexto SUP, uma vez que é o primeiro local em que a criança é observada após a sua entrada no serviço, e é aí que se identificam as alterações fisiologias que poderão representar risco para a criança e que necessitem de encaminhamento imediato.

Também em contexto de UCIN e de Serviço Internamento pediátrico conseguimos trabalhar a referida unidade de competência, uma vez que os Recém-nascidos e as crianças e jovens internados em ambos os serviços, apresentando as mais diversas patologias inerentes à faixa etária da infância e juventude, necessitavam de uma vigilância permanente. Desta forma e enquanto profissionais de enfermagem tínhamos

de estar sempre em prontidão e detetar de forma precoce qualquer alteração que surgisse e que necessitasse de intervenção.

Ao longo do Estágio I e Estágio Final contactamos com diferentes realidades e necessidades de cuidados de enfermagem conseguindo sempre estabelecer uma parceria de cuidados assente no binómio criança-família e contribuiu para promoção da otimização da saúde, sendo que desta forma fomos trabalhando e construindo a competência em análise.

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

A segunda competência específica do enfermeiro EESIP assenta na mobilização dos “(...) 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, 2018:19193).

Esta competência foi de certa forma, também ela, trabalhada ao longo de todos os contextos de estágio. No entanto consideramos que foi maioritariamente trabalhada e desenvolvida ao longo do Estágio Final, nomeadamente em contexto UCIN e SUP.

A unidade de competência “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.” (OE, 2018:19193) foi essencialmente trabalhada e desenvolvida em contexto de estágios em UCIN e SUP. Em contexto de UCIN tivemos a possibilidade de prestar cuidados a recém-nascidos pré-termo e grandes prematuros, nomeadamente com 24 semanas de gestação e aproximadamente 600 gramas, que devido à imaturidade dos seus sistemas, essencialmente cardíaco e pulmonar, apresentam grande instabilidade hemodinâmica, necessitado de uma vigilância constante e uma pronta atuação perante alterações hemodinâmicas. Por sua vez, em contexto de SUP tivemos a oportunidade de contactar, com crianças que recorriam ao serviço com necessidade de cuidados imediatos. Relembramos algumas situações de instabilidade da função respiratória devida a infeções do trato respiratório que chegavam ao SUP com aumento do trabalho respiratório e baixas saturações de oxigénio, ou seja com necessidade de cuidados imediatos; ou uma situação em particular em que recebemos em SUP uma criança

autista e com epilepsia que tinha ingerido de forma involuntária uma quantidade de anti-epilético, que a familiar não sabia quantificar, e que necessitou de cuidados emergentes.

Relativamente à unidade de competência “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.” (OE, 2018:19193) consideramos que foi desenvolvida de forma transversal em todos os campos de estágio, uma vez que em todos eles contactados com crianças sujeitas a procedimentos invasivos com conseqüente necessidade de aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor. Relembramos a realização do Teste de diagnóstico precoce efetivado tanto na USF como em contexto de UCIN; a administração de vacinas na USF; as colheitas de sangue, colocação de cateteres venosos periféricos e outros procedimentos invasivos realizados em contexto de SUP, UCIN e Serviço de Internamento Pediátrico; entre outros. Em todas as situações exemplificadas recorremos à utilização de medidas não farmacológicas, como a utilização da sacarose, da amamentação, da sucção não nutritiva, da distração, entre outras, ou de medidas farmacológicas como a aplicação de anestésicos locais ou em casos mais complexos através da administração de analgesia ‘per os’ ou endovenosa, seguindo protocolos de serviço ou em multidisciplinariedade com a equipa médica.

Ao longo dos contextos de estágio não tivemos a oportunidade de contactar de forma direta com crianças portadoras de doenças raras ou de trabalhar terapias complementares. No entanto tivemos a oportunidade de contactar com crianças portadoras de doenças crónicas que nos permitiram trabalhar a unidade de competência “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.” (OE, 2018:19193), nomeadamente em contexto de Serviço de Internamento Pediátrico e em estágio de observação em contexto de Consulta de desenvolvimento Infantil. Relembramos uma situação de Diabetes Mellitus tipo 1 inaugural, numa criança em idade escolar, com quem contactamos por um longo período de tempo em contexto de internamento, durante o qual tivemos a oportunidade de capacitar a criança e os pais na adoção de estratégias para lidar com a doença, nomeadamente relativas à monitorização das glicemias capilares, administração de insulina subcutânea, contagem de hidratos de carbono e noções básicas de alimentação saudável.

O reconhecimento de situações de instabilidade hemodinâmica e a rápida atuação aquando do seu surgimento assim como a atuação no sentido da promoção da adaptação da criança/jovem e família a novas situações de doença são competências essenciais no enfermeiro EESIP. Pela análise do que foi desenvolvido ao longo dos estágios podemos aferir que nos foi possível trabalhar e adquirir a competência em análise.

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

A terceira competência de enfermeiro EESIP diz respeito às “(...) especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, [às quais o enfermeiro EESIP deve responder] (...) eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.” (OE, 2018:19194).

À semelhança das competências anteriores esta foi também trabalhada e desenvolvida ao longo de todos os contextos práticos, contudo tendo em conta as experiências vividas consideramos que foi mais amplamente trabalhada ao longo dos estágios em CSP e UCIN.

Relativamente às unidade 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, 2018:19194) foram amplamente trabalhadas em conexo de CSP nomeadamente na USF aquando das consultas de saúde Infantil. Durante o decorrer das consultas de saúde infantil, em que tivemos oportunidade de participar, foi-nos possível efetivar a avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças e jovens em diversas faixas etárias, desde recém-nascidos até a adolescentes. Durante o decorrer das consultas tivemos também a possibilidade de transmitir orientações antecipatórias aos pais/cuidadores acerca do constante crescimento e desenvolvimento das crianças assim como a progressiva aquisição de competências, e de transmitir formas de prevenção antecipatória, de lesões não acidentais e comportamentos de risco, com conseqüente maximização do desenvolvimento infanto-juvenil. Aquando das consultas com adolescentes, que ocorreram em menor número, tivemos a oportunidade de promover a sua autoestima e a promoção por escolhas de comportamentos saudáveis.

A unidade de competência “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.” (OE, 2018:19194) foi amplamente desenvolvida em contexto de estágio em UCIN. No contacto com os recém-nascidos pré-termo e grandes prematuros na UCIN procuramos, sempre que a situação clínica do bebé permitia estimular o contacto pais-bebé de forma a desenvolver a parentalidade positiva, nomeadamente pelo contacto pele a pele (posição canguru) e pela envolvimento dos pais nos cuidados ao recém-nascido. Foi também estimulada a amamentação, e, por exemplo, em situações em que os recém-nascidos não reuniam condições para serem alimentados ao peito incentivamos sempre as mães a realizar a extração do leite materno que posteriormente seria oferecido aos bebés, por tetina ou sonda, consoante a situação clínica.

Por fim consideramos que a unidade de competência “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.” (OE, 2018:19194) foi desenvolvida de forma transversal ao longo do Estágio I e do Estágios Final. Nos diferentes contextos contactamos com crianças/jovens e famílias com proveniências, culturas, conhecimentos e necessidades diversificadas. Neste sentido procuramos sempre adaptar a nossa forma de comunicação, verbal e não-verbal, às características da criança e família que tínhamos perante nós de forma a que informação a passar fosse transmitida de forma clara e perceptível.

No contacto com as crianças e jovens e suas famílias ou cuidadores é essencial que o enfermeiro EESIP tenham em mente que crianças em diferentes faixas etárias têm comportamentos e necessidades específicas. Neste sentido é fundamental compreender as diferentes etapas do desenvolvimento e as suas exigências para se conseguir prestar cuidados de enfermagem que maximizem o potencial do desenvolvimento infanto-juvenil. Neste sentido e analisando as experiências vividas consideramos que conseguimos trabalhar e desenvolver a competência em questão.

4.2. Desenvolvimento de Competências para Aquisição do Grau de Mestre

Ao longo de todo o percurso formativo, que culminou com a redação do presente relatório de mestrado, o trabalho efetivado foi todo ele planeado e desenvolvido tendo sempre por base os objetivos gerais inicialmente delineados pela equipa formativa, nomeadamente: Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde; Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos; Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados, nos diferentes contextos da prática clínica; e Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada. Os supracitados objetivos entrecruza-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.

Neste seguimento iremos realizar uma análise reflexiva acerca de todo o percurso efetuado com o intuito de demonstrar a aquisição das competências necessárias para a aquisição do grau de mestre.

A realização do projeto desenvolvido ao longo do Mestrado em Enfermagem em Associação – Ramo de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, denominado ‘Crianças Seguras, Famílias Felizes! - Lesões não intencionais numa região do Alentejo em crianças até aos 4 anos de idade.’, no qual se incluem o Estudo Observacional e o Estudo Descrito efetivado em contexto de Serviço de Internamento Pediátrico permitiu-nos trabalhar e desenvolver competências de mestre, nomeadamente 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 referido projeto foi desenvolvido com base em Metodologia de Trabalho de Projeto, pelo que no seu seguimento foram mobilizados conhecimentos relativos à

efetivação de um diagnóstico de situação; à definição de objetivos - gerais e específicos- ; ao planeamento do projeto, com consequente definição de população-alvo e métodos de colheita de dados; culminando numa análise descritiva e estatística dos dados colhidos e na elaboração das conclusões aferidas pela análise dos resultados dos estudos efetuados.

A concretização do projeto, que se assumiu com transversal a todos os campos de estágio onde desenvolvemos atividades para a sua efetivação, permitiu ainda desenvolver competências de mestre relacionadas com aplicação de conhecimentos e de resolução de problemas em situações novas e não familiares em contextos alargados e multidisciplinares, assim com “(...) integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta (...)” (Decreto-lei nº63/2016: 3174).

Aquando do planeamento e efetivação do projeto foi essencial a mobilização de conhecimentos relativos às questões éticas e deontológicas associadas aos processos de investigação. Neste sentido durante todo o projeto mobilizamos conhecimentos no sentido de efetivar todo o processo de investigação, desde a colheita de dados até à publicação dos resultados, passando pela análise dos dados recolhidos, sob os princípios éticos que salvaguardassem a confidencialidade e o anonimato dos participantes e dos dados. Foi também solicitada autorização à comissão de ética da instituição hospitalar, onde foi efetivada a colheita de dados, para a implementação do projeto.

Estes mesmos conhecimentos relacionados com as questões éticas e deontológicas são mobilizados diariamente aquando da nossa prestação de cuidados de enfermagem junta da criança/jovem e família. Tendo em conta que prestamos cuidados ao binómio criança-família e que estes se assumem como amplos e complexos, é de extrema importância termos sempre presente os pressupostos éticos e deontológicos universais e específicos para a faixa etária em questão, indo deste modo ao encontro das competências de mestre e em simultâneo às já referidas competências de enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Neste sentido, quer ao longo do desenvolvimento do projeto, quer no decorrer dos estágios clínicos, aquando da nossa prestação de cuidados ao binómio criança-família,

mobilizamos competências de mestre, nomeadamente através da realização de “(...) reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais (...)”(Decreto-lei nº63/2016: 3174).

Importa ainda referenciar a concretização de dois artigos, um deles construído no desenvolvimento da componente teórica, em contexto da disciplina de investigação, e que se afigura como um artigo de revisão integrativa, com o título ‘ A Criança com Doença Oncológica: Emoções vividas pelos Enfermeiros’, que aguarda aprovação para publicação em revista científica. O segundo artigo afigura um artigo original e reúne os resultados e as conclusões obtidas com estudo Observacional: ‘Lesões não intencionais em crianças dos 0 aos 4 anos de idade’, que será posteriormente proposto para publicação em revista científica. A realização de ambos os artigos possibilitou-nos, também, desenvolver a competência de mestre nomeadamente respeitantes 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: 3174).

Em suma, após a presente análise reflexiva na qual analisamos o nosso percurso formativo efetivado ao longo das Unidades Curriculares Estágio I e Estágio Final estamos em situação de poder afirmar que todo o percurso foi repleto de experiências que nos permitiram, quer pelas experiências vividas em contexto clínico, quer pelas aprendizagens conseguidas com todo o processo de realização do projeto, a aquisição e consolidação de conhecimentos e competências. A realização de todo o percurso formativo culminou então na aquisição de competências que nos permitem efetivar uma prestação de cuidados especializados, que no seu domínio geral, quer no domínio das competências específicas do enfermeiro EESIP, assim como o domínio das competências e mestre.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Lesões não Intencionais em crianças representam, ainda hoje, um fator de preocupação, pois os estudos epidemiológicos continuam a demonstrar que, apesar da diminuição dos números, estas continuam a afetar de forma direta ou indireta a vida de muitas crianças e suas famílias, sendo que em algumas situações deixam marcas para a vida toda. Estes mesmos estudos demonstram que as crianças na faixa etária entre os 0 e os 4 anos encontram-se entre os grupos mais afetados, sendo essencial apostar numa monitorização das características das lesões não intencionais e num reforço da sua prevenção e da criação de ambientes seguros, nomeadamente em contexto dos domicílios.

As Lesões não Intencionais representam um fator de debate e preocupação por parte do Ministério da Saúde, assim como de diversas entidades independentes, como a APSI ou o Alto Comissariado da Saúde, merecendo o seu especial interesse e empenho. Estas entidades focam-se essencialmente na monitorização dos números, dos fatores desencadeantes, das características e das consequências das lesões não intencionais; promovendo a criação de planos e programas com medidas e objetivos que visam consciencializar as comunidades para a necessidade de criação de ambientes seguros e consequentemente promover a diminuição da incidência e da gravidade das lesões consequentes de lesões não intencionais, a nível nacional.

O enfermeiro EESIP representa um papel preponderante na prevenção das lesões não intencionais e na concretização de ambientes seguros. Este contacta com as crianças/jovens e pais/cuidadores nos mais diversos contextos, quer seja nos CSP ou nos cuidados hospitalares, criando com os mesmo uma relação de empatia e uma parceria de cuidados. Encontra-se assim, numa posição favorável e tem ao seu dispor os meios necessários para promover a capacitação dos pais/cuidadores quer para as diferentes etapas de crescimento e desenvolvimento pelas quais as crianças/jovens passam e às

quais estão inerentes os mais diversos riscos, quer pela passagem de conhecimentos que permitam a criação e manutenção de ambientes seguros nos espaços frequentados pelas crianças/jovens, nomeadamente o domicílio onde se escondem muitos perigos.

Neste seguimento e tendo em conta a relevância que a temática mencionada apresenta desenvolvemos as Unidades Curriculares Estágio I e Estágio Final com base no desenvolvimento de um Projeto de Intervenção assente na temática das Lesões não Intencionais em crianças entre os 0 e os 4 anos de vida, por forma a contribuir para a promoção de ambientes seguros e a diminuição dos números associados às lesões não intencionais.

O Projeto de intervenção foi desenvolvido tendo por base a metodologia de trabalho de projeto. Iniciamos a sua efetivação pela realização do diagnóstico de situação, através da pesquisa e análise de estudos epidemiológicos e base teórica que sustentassem a importância da temática para a área da segurança infantil. Da realização do diagnóstico de situação emergiu o problema, ‘As lesões não intencionais como uma das principais causas de mortalidade e morbilidade nas crianças até aos 4 anos de idade em Portugal’ e foram levantadas duas questões de investigação: ‘Qual a realidade das lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos de vida numa região do Alentejo?’ e ‘Qual a real envolvência dos enfermeiros na prática clínica em Serviço de Internamento Pediátrico com a temática das lesões não intencionais?’, às quais demos resposta com a implementação do Projeto de Intervenção. Posteriormente procedemos à formulação dos objetivos, geral e específicos, que nos permitiram responder ao problema levantado com a execução do diagnóstico de situação e efetivámos o planeamento das atividades através das quais conseguimos concretizar os objetivos traçados. Daí surgiram três âmbitos de intervenção distintos: a realização do Estudo observacional denominado ‘Lesões não intencionais em crianças dos 0 aos 4 anos de idade’, que nos permitiu aferir qual a realidade da temática referida em crianças entre os 0 e os 4 anos numa região do Alentejo; a efetivação da sensibilização dos profissionais de enfermagem a prestar cuidados no serviço de internamento pediátrico da instituição onde realizamos o estudo observacional, através da concretização de três atividades distintas: a realização de um estudo descritivo denominado ‘Perceção e atuação da equipa de enfermagem a prestar cuidados em serviço de internamento pediátrico relativamente à temática das lesões não intencionais’, a realização do levantamento dos pontos potencialmente indutores de

lesão não intencional existentes no serviço de internamento pediátrico e a efetivação da sessão de sensibilização dos profissionais de enfermagem para a temática, que nos permitiram compreender qual o grau de perceção e de atuação da equipa relativamente às lesões não intencionais e despertar a sua consciência para a temática e para a realidade a nível regional; e por fim a concretização de diferentes atividades de forma transversal às unidades curriculares, em contexto de estágio nos diversos serviços clínicos, com o intuito de capacitar os pais/cuidadores, de os alertar para a realidade das lesões não intencionais e para a necessidade imperiosa de implementar medidas preventivas e consequentemente criar ambientes seguros, em todos os espaços frequentados pelas crianças.

Do Estudo Observacional denominado ‘Lesões não intencionais em crianças dos 0 aos 4 anos de idade’, efetivado numa Instituição Hospitalar da Região Alentejo aferimos que, das crianças entre os 0 e os 4 anos de vida que no ano de 2017 se dirigiram ao SUP, 7% recorreu em consequência da ocorrência de Lesão não Intencional. Destas, a sua maioria era do sexo masculino e encontrava-se na faixa etária de 1 ano. O mês com mais registos foi Novembro, contudo, ao se dividir os meses do ano em dois grupos constatou-se que a época Primavera/Verão, onde se incluem os meses de Abril, Maio, Junho, Julho, Agosto e Setembro, foi a que registou mais recorrências ao SUP por lesão não intencional. O mecanismo de lesão não intencional mais incidente foram as quedas, sendo que nos lactentes verificamos mais situações de queda de altura como, camas, sofás, moveis, muda-fraldas, entre outros e nas crianças a partir de um ano de idade verificamos mais situações de queda da própria altura. As lesões emergentes mais vezes identificadas foram as feridas, nomeadamente feridas incisivas e contusas em consequência das quedas e embate nas superfícies. Relativamente ao momento da triagem aferimos que o fluxograma mais comumente utilizado foi o TCE e que a prioridade mais vezes atribuída foi a cor verde, a 2º menos grave na escala de Triagem de Manchester. Verificamos também que após observação e tratamento em SUP o destino mais comum foi o domicílio sem referenciação.

A efetivação do estudo observacional permitiu-nos aferir os reais números associados às lesões não intencionais numa região do Alentejo em crianças entre os 0 e os 4 anos de idade. Contudo, e essencialmente por se tratar de um estudo Retrospectivo em que os dados foram colhidos através da análise dos episódios de urgência, não nos

foi possível traçar um completo perfil das lesões não intencionais, nomeadamente dos seus mecanismos ou consequências, uma vez que alguns dos processos não continham todas as informações necessárias para se proceder à caracterização da situação. Neste sentido torna-se evidente a necessidade da efetivação de um estudo longitudinal e prospetivo, que nos permita a colheita de dados no momento da recorrência das crianças e pais/cuidadores ao SUP, de forma a reunirmos o máximo de informação pertinente. Desta forma conseguiremos então traçar um perfil regional mais fidedigno, que incorpore as reais características associadas às lesões não intencionais.

Por sua vez com a realização da sensibilização dos profissionais de enfermagem a prestar cuidados em serviço de internamento pediátrico conseguimos, numa primeira fase, com a efetivação do estudo descritivo aferir que os profissionais de enfermagem a prestar cuidados no serviço de internamento pediátrico apresentam uma ‘Total Perceção’ acerca dos mecanismos e das consequências das lesões não intencionais, assim como acerca da importância da implementação de cuidados antecipatórios. Por outro lado verificamos que, relativamente à execução de cuidados antecipatórios, os resultados obtidos com os questionários revelaram que os profissionais demonstram ‘Total Realização’ quando se trata de cuidados antecipatórios adaptados à faixa etária das crianças, no entanto apresenta ‘Alguma Realização’ quando se trata da efetivação de cuidados antecipatórios generalizados e cuidados antecipatórios específicos para os diferentes mecanismos de lesão. Numa segunda fase e com a realização de Sessão de Sensibilização junto dos profissionais aferimos, que após serem confrontados com os reais números associados às lesões não intencionais na sua área de abrangência e com os pontos indutores de lesão não intencional existentes no serviço onde prestam cuidados, os profissionais de enfermagem demonstraram sensibilidade para as questões associadas à temática, nomeadamente para a necessidade de implementação de cuidados antecipatórios junto dos pais/cuidadores e para a necessidade de criação e manutenção de ambientes seguros em todos os ambientes frequentados pelas crianças.

A realização da Sensibilização dos profissionais de enfermagem a prestar cuidados em serviço de internamento permitiu-nos compreender o nível de perceção e atuação dos enfermeiros e sensibiliza-los para a necessidade de realização de cuidados antecipatórios e implementação de ambientes seguros, inclusive no serviço onde prestam cuidados. Esta fase do projeto apresentou algumas limitações, essencialmente relacionadas

com a limitação de tempo definido para a sua implementação e com o facto de a amostra ser constituída por um baixo número de elementos. Por este facto os resultados obtidos não podem ser considerados como representativos de todos os profissionais e enfermagem a prestar cuidados nos diversos serviços de internamento pediátrico.

Com o desenvolvimento do Projeto de Intervenção, em todas as suas dimensões, acreditamos ter conseguido despertar a consciência dos profissionais de enfermagem, a trabalhar na área, para a realidade da problemática e para a necessidade da efetivação dos cuidados antecipatórios relativos às lesões não intencionais como cuidados prioritários e de primeira linha e não como cuidados secundários. Para além disso acreditamos que, através das atividades de capacitação dos pais/cuidadores que desenvolvemos ao longo dos diferentes contextos de estágio, contribuímos para a criação e manutenção de ambientes seguros, em alguns domicílios onde residem crianças e desta forma promovemos a prevenção de Lesões não Intencionais e contribuímos para a segurança das crianças.

Consideramos fundamental continuar a apostar na implementação de medidas monitorização das lesões não intencionais que contribuam para o aumento dos conhecimentos relativos aos seus mecanismos e desta forma nos permitam desenvolver medidas de prevenção mais eficazes. Assim com continuar a apostar na capacitação dos pais e na consciencialização tanto dos profissionais de saúde como da comunidade em geral para a importância da temática abordada e trabalhada, por forma a promover um crescimento saudável e em segurança das crianças de hoje que serão a sociedade de amanhã.

Todo o caminho percorrido contribuiu de forma muito positiva para o nosso percurso profissional. O tempo de experiência profissional na área pediátrica é relativamente diminuto, uma vez que apenas teve o seu início após a iniciação do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação. Por este facto a efetivação dos estágios nos diferentes contextos clínicos e em contacto com diferentes populações e diferentes equipas, com distintas formas de trabalhar, permitiram-nos compreender a essência da prestação de cuidados à criança/jovem, como ser com características e necessidades próprias e muito distintas das dos adultos, e como parte integrante de uma família, que é um elo fundamental e uma mais-valia na prestação dos cuidados em parceria. A execução dos estágios clínicos permitiram-nos também o desenvolvimento de

competências relativas à componente prática da prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem, nomeadamente relacionadas com uma mais rápida e eficaz identificação de situações patológicas ou de instabilidade hemodinâmica que são completamente distintas das observadas na faixa etária dos adultos com os quais desenvolvemos os últimos anos de prática como profissionais de enfermagem. Por outro lado, a concretização do Projeto de Intervenção, em todas as suas etapas, fez-nos compreender a necessidade de se manter uma constante atualização e de apostar em trabalhos de investigação que permitam uma melhoria na prestação dos cuidados e consequentemente melhores condições de crescimento e desenvolvimento na faixa-etária infanto-juvenil. O desenvolvimento do projeto de Intervenção com base na temática das lesões não intencionais e os resultados obtidos com todas as atividades concretizadas despertaram em nós o desejo de continuar apostar na área da segurança das crianças/jovens. Quem sabe, futuramente, apostar na concretização de um estudo longitudinal e prospetivo no SUP onde desempenhamos funções por forma a caracterizar de forma completa as lesões não intencionais na região e a partir daí desenvolver outros projetos com vista à sua prevenção.

Chegados ao final deste percurso formativo sentimos que crescemos tanto a nível profissional como pessoal. Todas as atividades desenvolvidas tanto em contexto dos diferentes campos de estágio, a nível dos CSP e a nível hospitalar, como aquando do desenvolvimento e execução do Projeto de Intervenção, permitiram-nos mobilizar as competências teóricas adquiridas em sala de aula e correlacioná-las com as competências práticas, possibilitando o aperfeiçoamento e desenvolvimento das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Competências de Mestre.

Em suma, sentimos que terminada esta etapa nos encontramos com competências acrescidas para prestar cuidados de enfermagem de qualidade em segurança às crianças/jovens e respetivas famílias com quem contactamos diariamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP [ACSS]. (2012). Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E). Relatório Anual de 2011. Lisboa. Recuperado de: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RELAT%C3%93RIO%20ANUAL%20SCDE%202011cpw.pdf>
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. Texto & Contexto - Enfermagem 2005 Jul-Set; 14(3):373-82. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>.
- Alto Comissariado da Saúde & 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. Recuperado de: http://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI_2011.pdf
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI]. (2017a). 25 Anos de Segurança Infantil em Portugal: Relatório de Avaliação, 2017. Recuperado de: http://apsi.org.pt/images/25anos/PDF/RELATORIO_SEG_INFANTIL_certo.pdf
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI]. (2017b). Afogamentos em Crianças e Jovens em Portugal: Atualização de casos – Julho de 2017. Recuperado de: http://apsi.org.pt/images/PDF/Noticias/2017/Afogamentos_crianças_e_jovens2005-2016_Principais_resultados_Atualizado2017.pdf
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI]. (2017c). Guia Digital Segurança Produtos para Crianças. In <http://apsi.org.pt/guiaprodutoscriancas/products.php?page=products>

- Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI]. (2014). Quedas em crianças e jovens – Um Estudo Retrospectivo (2000-2013). Recuperado de: http://apsi.org.pt/imagens/Documentos/EstudodasQuedas20002013_Resumo.pdf

-Bastos, J.D.L. & Duquia, R.P. (2007). Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Revistas Scientia Medica*, Porto Alegre, volume 17, nº4, páginas 229-232, out./dez. 2007. Acedido em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/download/2806/7864>

- Batalha, S., Salva, I., Albuquerque, C., et al. (2013). Acidentes em crianças e jovens – Que contexto? – Experiencia de 9 meses no serviço de urgência num hospital de nível II. In *Acta Pediátrica Portuguesa – Revista de Medicina da Criança e do Adolescente*. Nº5. Volume 44: S36-S37.

- Batalha, S., Salva, I., Sousa, V., et al. (2013). Acidentes em crianças e jovens – Abordagem no serviço de urgência – Experiencia de 9 meses no serviço de urgência num hospital de nível II. In *Acta Pediátrica Portuguesa – Revista de Medicina da Criança e do Adolescente*. Nº5. Volume 44: S79.

- Brazelton, T.B.. (2010). *O Grande livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. 12ª Edição. Barcarena: Editorial Presença.

- Carvalho, F., Gonçalves, J.M.. (1998). Acidentes na Criança: «Mea Culpa»! – Experiência dum Hospital Distrital. In *Acta Pediátrica Portugal*. Nº6. Volume 29: 517-521.

- Classificação Internacional de Causas Externas de Lesões (CICEL): Versão 1.2. (2004) Publicado para o Grupo de Coordenação e Manutenção da CICEL. Amsterdam, The Netherlands: Consumer Safety Institute. Adelaide, Australia: AIHW National Injury Surveillance Unit Flinders University. ISBN: 1 74024 374 9. Recuperado de: <https://www.whofic.nl/sites/default/files/2018-05/ICECI%20in%20Portugese.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 J. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. *Millenium*, 30. 243-251. ISSN: 1647-662X. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.19/560>

- Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro (2016). *Ciência, Tecnologia e Ensino Superior*. Diário da República n.º 176/2016, Série I. Páginas 3159 - 3191. Recuperado de: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/75319452/details/normal?q=Decreto-Lei+n.%C2%BA%2063%2F2016%2C%20de+13+de+setembro>

- 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. Recuperado de: <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. Recuperado de: <https://dre.pt/application/conteudo/247675>.

- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (1998). (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril) – REPE: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da República n.º 205/1996, Série I-A. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

- 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. Recuperado de:

<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>

- 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>

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

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

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

- Direção-Geral da Saúde [DGS]. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. (2001) Saúde Materno-Infantil: Rede de Referência Materno-Infantil. Lisboa: 2001. ISBN 972 – 9425 – 90 – 6. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-materno-infantil.aspx>

- Direção de Serviços de Informação e Análise (DSIA) & Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS). (2018). Saúde Infantil e Juvenil – Portugal 2018. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-saude-infantil-e-juvenil-portugal-2018.aspx>

- Durães, M.R.P., Toriyama, A.T.M. & Maia, L.F.S. (2012). O Conhecimento dos pais sobre como proceder diante de acidentes domésticos. *Recien – Revista Científica de Enfermagem*. Páginas 5-15. Recuperado de: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RqJ2fCWKzeUJ:https://recien.com.br/index.php/Recien/article/download/41/79+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>

- European Child Safety Alliance. (2013). *Child Product Safety Guide: Potentially dangerous products*. ISBN 978-1-909100-69-5. Recuperado de: <http://www.childsafetyeurope.org/publications/info/product-safety-guide.pdf>

- Ferreira, M. & Costa M.. (2004). *Cuidar em Parceria: Subsidio para a vinculação pais/bebés pré-termo*. Millenium, 30. ISSN: 1647-662X. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.19/442>

- Fortin, M-F. (1999). *O processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8383-10-X

- Fundação Francisco Manuel dos Santos. PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2019). *Base de dados dos Municípios*. Recuperado de: <https://www.pordata.pt/Municipios>

- Galdeano, L., Rossi, L. & Zago, M. (2003). Roteiro institucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Rev Latino-am Enfermagem*, 11(3), 371-375. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548>

- Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6ª Edição. São Paulo: Atlas S.A. ISBN 978-85-224-5142-5

- Grupo Português de Triagem. (2015). *Sistema de Triagem de Manchester*. In Portal do Grupo Português de Triagem. Recuperado de: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110#

- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1.

- Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.. (2019). Serviço de Pediatria. Recuperado de: <http://www.hds.min-saude.pt/index.php/servico-pediatria/>

- Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.. (2018). Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde 2017. Recuperado de: http://www.hds.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/RACS_2017.pdf

- Hospital do Espírito Santo, E.P.E. (2019). Especialidades: Pediatria. In Portal do Hospital do Espírito Santo, E.P.E.. Recuperado de: <http://www.hevora.min-saude.pt/servicos-clinicos/especialidades/pediatria/>

- Hospital do Espírito Santo, E.P.E. (2018). Relatório de Gestão 2017 – Hospital do Espírito Santo, E.P.E.. Recuperado de: http://www.hevora.min-saude.pt/media/uploads/info_gestao/relatorio_de_gestao_2017.pdf

- Instituto Nacional de Estatística, IP [INE]. (2018). Estatísticas Demográficas 2017. ISBN: 978-989-25-0449-0 Recuperado de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=348174760&PUBLICACOESmodo=2

- Jonhson, J. & Keogh, J.. (2012). Enfermagem Pediátrica Desmistificada. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-33-8

- Levy, M.L. (1996). Os Direitos da Criança Hospitalizada. Acta Pediatr. Port., 1996; N. 4; Vol. 27: 655-7. Recuperado de: <http://actapediatrica.spp.pt/article/download/5818/4580>.

- Maroco, J. (2010). Análise Estatística – Com Utilização do SPSS. 3ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo, Lda. ISBN: 978-972-618-452-2.

- Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, et al. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in 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. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1144>

- Neto, M. & Rodrigues, E. (2015). Em casa ou no lazer o acidente pode acontecer: resultados preliminares do sistema EVITA apurados para o período 2010-2014. Unidade de observação em Saúde e Vigilância Epidemiológica. Departamento Epidemiologia, INSA. Recuperado de: <http://www.insa.min-saude.pt/artigo-em-casa-ou-no-lazer-o-acidente-pode-acontecer-resultados-preliminares-do-sistema-evita-apurados-para-o-periodo-2010-2014/>

- Nunes, L. (2017). Para uma Epistemologia de Enfermagem. 1ªEdição. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-79-6.

- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2008a). Recomendações para a prevenção dos acidentes com crianças. Recuperado de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Recommendations_portuguese.pdf

- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2008b). As Crianças e os afogamentos. Recuperado de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Drowning_portuguese.pdf

- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2008c). As Crianças e as quedas. Recuperado de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Falls_portuguese.pdf

- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2008d). As Crianças e as Intoxicações. Recuperado de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Poisoning_portuguese.pdf

- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2008e). As Crianças e as queimaduras. Recuperado de:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Burns_portuguese.pdf

- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2008f). As Crianças e os acidentes de viação. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/prevencao-de-acidentes.aspx>

- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento n.º140/2019 – Regulamento de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019. Páginas 4744-4750. Recuperado de: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1>

- 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. Recuperado de: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>

- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Documento fornecido pela Docente Professora Doutora Ana Lúcia Ramos.

- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015a). Lei n.º156/2015 - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1ª série - N.º 181 – 16 de setembro de 2015. Páginas 8059-8105. Recuperado de: https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVIwl6Va

- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015b). Deontologia Profissional de Enfermagem. NORPINT, Artes Gráficas, S.A. ISBN: 978-989-8444-30-1. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.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. Recuperado de:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatria_volume1.pdf

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

- Pereira, C., Ramos, H., Galo, M., et al. (2004). *Acidentes na Criança e no Jovem: Uma Estratégia Concertada e Sustentada de Intervenção*. In *Acta Pediátrica Portugal*. N° 1. Volume 35: 31-37.

- Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (3.ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.

- 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. Recuperado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn1/serIVn1a06.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. Recuperado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn11/serIIIIn11a13.pdf>

- 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. Recuperado de: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9252/1/Revista%20Percursos%20n26_A%20problem%C3%A1tica%20dos%20acidentes%20em%20ambiente%20dom%C3%A9stico%20e%20familiar%20nas%20crian%C3%A7as.pdf

- Raposo, F., Morais, M., Costa, M., et al. (2013). *Acidentes – Estudo de uma população pediátrica no serviço de urgência*. In *Acta Pediátrica Portuguesa – Revista de Medicina da Criança e do Adolescente*. N°5. Volume 44: S129

- Ruivo, A. & Ferrito, C.. (2010). Metodologia de Projecto: colectânea descritiva de etapas. In Revista Percursos, n.º 15, jan-mar. ISSN 1646-5067. Recuperado de: 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. Recuperado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a06.pdf>

- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E. & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. Millenium, 49 (jun/dez). Pp. 153-171. Recuperado de: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium49/9.pdf>

-Unicef. (1989). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Recuperado de: https://www.unicef.pt/media/1206/0-convencao_direitos_crianca2004.pdf

- World Health Organization (OMS). (2011). Child injury prevention: Report by Secretariat. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_23-en.pdf

- World Health Organization (OMS). (2008). World report on child injury prevention. Geneva: Switzerland. ISBN 978 92 4 156357 4. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43851/9789241563574_eng.pdf;jsessionid=6DBD6A53E3588796AC0DEBF9B99C7CDA?sequence=1

- World Medical Association [WMA]. (2018). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Recuperado de: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

ANEXOS

Anexo 1

Parecer da Comissão de Ética para a efetivação do Projeto de Intervenção

Ked
250

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Autorizado
 [Redacted]
 Enfermeiro Director
 04.01.2019

Para Comissão Ética

*Para a ope
 Alameda de 19/11/18*

[Redacted]
 Enfermeiro Director

Exma. Sr.^a Presidente do Concelho de Administração

[Redacted]

No contexto do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Ramo de Especialização em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica eu, Lígia Tibério, sob orientação da Professora-adjunta na Universidade de Évora, Dulce Cruz, propusemo-nos à realização de um projeto integrado na linha de investigação ‘Segurança e Qualidade de vida’, denominado ‘Crianças Seguras, Famílias Felizes! - Lesões não intencionais numa região do Alentejo em crianças até aos 4 anos de idade.’.

Neste sentido, vimos por este meio solicitar o parecer do Concelho de Administração e da comissão de Ética do Hospital do [Redacted] para o desenvolvimento e aplicação do supracitado projeto e posterior divulgação dos dados obtidos em Relatório de Estágio inerente ao Mestrado em Enfermagem em Associação – Ramo de Especialização em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica.

Em anexo segue: Termo de Responsabilidade, Formulário para Pedido de Parecer da Comissão de Ética, Plano do Projeto, Instrumento de Colheita de Dados e Curriculum Vitae da investigadora principal.

Para a Comissão Ética
 [Redacted]
com a assinatura

Atenciosamente,

Lígia Isabel Moura Tibério

(Lígia Isabel Moura Tibério)

Évora, 28 Novembro 2018

[Redacted]

Enfermeiro Director

*Por parte do seguro
 made a ope*

[Redacted]

R	ECIBIDO	Em	28/11/18
		N.º	2309
R	ESPONDIDO	Em	11
		N.º	

Anexo 2


Certificado formação 'Sistema de perfusão contínua de insulina (bomba de insulina)'



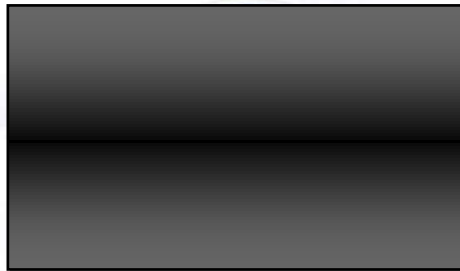
Declaração

Para os devidos efeitos, e a pedido da interessada declara-se que **Lígia Isabel Moura Tibério**, Enfermeira, frequentou a Ação de Formação "**Sistema de perfusão contínua de insulina (bomba de insulina)**", que decorreu nos dias 28, 29 e 30 de novembro de 2018 neste Hospital, com a duração total de 13 horas.-----

Por ser verdade, emite-se a presente declaração, que damos por firme e valiosa.-----

 em 03 de janeiro de 2019. -----

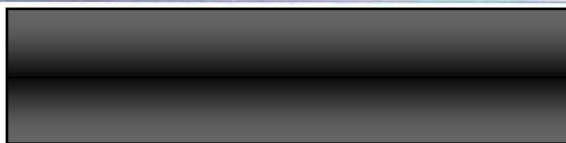
A Responsável do Gabinete de Formação,



/AM



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



APÊNDICES

Apêndice 1

Plano Projeto Final

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Estudante: Lúcia Isabel Moura Tibério
Professora orientadora: Dulce Cruz, Professora-adjunta na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Título do Projeto: ‘Crianças Seguras, Famílias Felizes! - Lesões não intencionais numa região do Alentejo em crianças até aos 4 anos de idade.’
Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha <p>As lesões não intencionais nas crianças são uma realidade preocupante a nível mundial, não sendo Portugal exceção nessa matéria, apresentando números preocupantes. Desta forma propusemo-nos ao desenvolvimento de um projeto integrado na linha de investigação segurança e qualidade de vida, cuja temática incide na Prevenção de lesões não intencionais nas crianças até aos 4 anos de idade.</p> <p>As crianças até aos 4 anos de idade passam pelas mais diversas fases, apresentando um crescimento e desenvolvimento rápidos e que ocorrem pelo contacto das mesmas com o meio que as rodeia. Constantemente ficam expostas aos mais diversos riscos pela sua imaturidade em perceber o que representa perigo, pois situações e objetos simples, que para os adultos não representam qualquer perigo, para uma criança podem trazer graves sequelas ou até mesmo serem fatais. Para que as crianças se desenvolvam em ambientes de segurança é essencial que os pais e/ou os cuidadores compreendam as características próprias de cada fase de desenvolvimento e tenham conhecimentos que lhes permitam aplicar medidas preventivas no ambiente onde a criança passa a maior parte do tempo, que na maioria dos casos é a habitação.</p> <p>Neste sentido os profissionais de saúde, e em particular os enfermeiros, desempenham um papel crucial na capacitação dos pais/cuidadores devendo aproveitar todos os contactos com os mesmos, quer seja em meio de cuidados de saúde primários ou meio hospitalar, para passar conhecimentos acerca das características da criança e sobre estratégias de como as manter em segurança no dia-a-dia.</p> <p>Para que esta capacitação seja mais eficaz é importante que exista um conhecimento da realidade da problemática por parte dos profissionais. Desta forma, com o presente projeto pretendemos, inicialmente compreender os reais números das lesões não intencionais numa região do Alentejo, para posteriormente realizar uma divulgação dos</p>

resultados e uma sensibilização dos profissionais de enfermagem para que estes no momento da capacitação dos pais tenham uma acção mais direccionada para a prevenção dos mecanismos de lesão não intencional mais incidentes.

Diagnóstico de situação

Definição geral do problema

As lesões não intencionais como uma das principais causas de mortalidade e morbilidade nas crianças até aos 4 anos de idade em Portugal.

Análise do problema

As lesões não intencionais, definidas como lesões que ocorrem de forma não deliberada, ou seja de forma acidental, mas que poderiam ser prevenidas através da implementação de medidas prévias de prevenção, sendo assim evitáveis (Ramos & Nunes, 2014), estão “(...) intimamente relacionadas com o desenvolvimento e crescimento normais [das crianças]. A (...) curiosidade inata das crianças estimula-as a investigar o ambiente e a imitar o comportamento dos outros. É assim que adquirem competências para serem adultos, mas também as predispõe a numerosos perigos.” (Hockenberry & Wilson, 2014:3). Este tipo de lesões podem ocorrer em consequência de diversos mecanismos, nomeadamente, asfixia, afogamento, quedas, queimaduras, intoxicações e acidentes com veículos a motor, sendo que a causa, o mecanismo e a gravidade da lesão estão dependentes das características da criança, tais como idade, sexo, contexto social e fase de desenvolvimento em que se encontre.

As Lesões não intencionais nas crianças e jovens são uma realidade preocupante na sociedade atual representando grande impacto nas taxas de mortalidade e morbilidade. Segundo o Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde [MS-DGS] (2016:SP) 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 ao longo dos anos, 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.” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017:2). Num estudo realizado pela Associação Portuguesa de Segurança Infantil [APSI] (2017), entre os anos de 2011 e 2015 concluiu-se que morreram aproximadamente 340 crianças e jovens vítimas de lesões não intencionais. A somar a estes valores temos os registos do número total de internamentos no período entre 2012 e 2016, que ascende a aproximadamente 24.784. (APSI, 2017). “Há ainda a considerar aproximadamente 100 mil chamadas de emergência (112) reencaminhadas para os centros de orientação de doentes urgentes do INEM [Instituto Nacional de Emergência Médica de Portugal] devido a acidentes, entre 2013 e 2016, o que representa quase 38% do total de chamadas reencaminhadas para o INEM na população até aos 18 anos.” (APSI, 2017:1). Neste mesmo estudo realizado pela APSI no ano de 2017 são apresentados os números para a faixa etária em estudo, sendo que entre os anos de 2011 e 2015 morreram 68 crianças entre os 0 e os 4 anos de idade vítimas de lesões não intencionais (APSI, 2017:5). A juntar a esta realidade temos o número de internamentos em consequência de lesões não intencionais que, no período entre 2012 e 2016 e na faixa etária delimitada, se fixou em 5428 casos, entre situações de Acidentes transporte, intoxicações, quedas, queimaduras, afogamentos, asfixia e corpos estranhos (APSI, 2017).

Estes números são o espelho do país no que às lesões não intencionais diz respeito. Qualquer uma das situações,

quer seja de morte ou de internamento e possível incapacidade acarretam constrangimentos à criança e sua família, sendo fundamental intervir junto dos pais/cuidadores como forma de minimizar a ocorrência de lesões não intencionais, pois “A segurança constitui um recurso essencial ao desenvolvimento da pessoa (...) tendo como objetivo preservar a saúde e aumentar o bem-estar dos indivíduos e das comunidades” (Mohan & Tiwari (2000), citados por Ramos & Nunes, 2014:56).

Perante os dados supra-apresentados é possível aferir que as lesões não intencionais 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. Desta forma, com o presente projeto pretendemos, por um lado demonstrar a realidade dos números e caracterizar as lesões não intencionais nas crianças até aos 4 anos de idade numa região do Alentejo através da realização de um estudo retrospectivo dos episódios de triagem referentes a crianças entre os 0 e os 4 anos de idade no ano 2017 numa instituição hospitalar do Alentejo; por outro lado pretendemos sensibilizar a equipa de enfermagem do serviço de internamento Pediátrico da instituição onde será efetuado o estudo para a realidade da problemática e para a necessidade da constante capacitação dos pais. Previamente à sensibilização da equipa de enfermagem será realizado um questionário à mesma de forma a averiguar o real conhecimento que os profissionais detêm da problemática e que tipo de cuidados antecipatórios são realizados no referido serviço, por forma a que a acção de sensibilização seja direccionada para os tópicos identificados como deficitários.

Se possível, será também realizada uma divulgação dos resultados obtidos com o estudo retrospectivo às equipas de enfermagem integradas nos cuidados de Saúde primários da região Alentejo, por forma a que profissionais mais informados possam realizar cuidados antecipatórios mais direccionados às necessidades dos pais e crianças no que às lesões não intencionais diz respeito.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral

O problema geral apresenta-se como amplo e influenciado por diversos mecanismos. Por esta razão torna-se essencial identificar os diferentes factores que o condicionam de forma a poder actuar de forma distinta sobre cada um destes e assim minimizar o problema geral.

O presente projeto apresenta como problemas parcelares:

- As lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos de idade apresentam-se como uma realidade a nível nacional, no entanto existem poucos dados específicos a nível regional, nomeadamente na região Alentejo, não sendo possível aos profissionais realizar uma capacitação dos pais/cuidadores direccionada para a prevenção dos mecanismos de lesão não intencional mais incidentes;

- O Enfermeiro, independentemente do ambiente em que realiza a prestação de cuidados, encontra-se numa posição privilegiada para exercer a capacitação dos pais/cuidadores, no entanto, em meio hospitalar este tipo de cuidados ocupa uma posição de retaguarda, não estando incluída nos focos principais de atuação, sendo por isso relevante a sensibilização dos profissionais para a problemática;

- A predisposição natural das crianças até aos 4 anos de idade para a exposição a riscos e às lesões não intencionais, aliada ao desajustado conhecimento dos pais/cuidadores acerca das competências da criança em cada fase do crescimento e desenvolvimento e das medidas de prevenção de lesão não intencional levam a uma maior exposi-

ção da criança aos diversos mecanismos de lesão, sendo essencial a capacitação dos pais/cuidadores.

Determinação de prioridades

- Conhecer os actuais números respeitantes às lesões não intencionais nas crianças até aos 4 anos de idade numa Instituição Hospitalar do Alentejo;
- Sensibilizar as equipas de enfermagem, a trabalhar em meio hospitalar, para a real problemática das lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos de idade, e para a importância dos cuidados antecipatórios;
- Promover a capacitação dos pais/cuidadores com conhecimentos que lhes permitam exercer uma parentalidade efetiva e criar ambientes seguros e prevenir as lesões não intencionais;
- Divulgar os resultados obtidos com o estudo retrospectivo dos episódios de triagem junto dos profissionais de enfermagem da região Alentejo, de forma a promover cuidados antecipatórios mais direcionados.

Objetivos

OBJETIVO GERAL

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

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Objectivos específicos:

- 1- Caracterizar as lesões não intencionais observadas em crianças até aos 4 anos de idade num serviço de urgência pediátrica, no ano de 2017;
- 2- Identificar a natureza e a incidência dos mecanismos de lesão não intencional;
- 3 – Sensibilizar as equipas de enfermagem para a temática lesões não intencionais e respetivos cuidados antecipatórios;
- 4 - Otimizar estratégias para capacitar os pais/cuidadores na adoção de medidas de prevenção de lesões não intencionais nas crianças e jovens;
- 5 – Promover a divulgação dos resultados obtidos junto dos profissionais de enfermagem da região Alentejo.

Tipo de Estudo:

- 1 - Estudo observacional do tipo Transversal e Retrospectivo: 'Lesões não intencionais em crianças dos 0 aos 4 anos de idade';
- 2 - Estudo descritivo do tipo não-experimental: 'Perceção e Atuação da equipa de enfermagem a prestar cuidados em Serviço de Internamento Pediátrico relativamente à temática das Lesões Não Intencionais'

População/Amostra:

- Processos de triagem referentes ao ano 2017 relativos a crianças até aos 4 anos de idade que recorreram ao serviço de

urgência pediátrico de uma instituição hospitalar do Alentejo;

- Profissionais pertencentes à equipa de enfermagem do serviço de internamento de pediatria da referida instituição hospitalar.

Método de colheita de dados:

- Consulta dos processos de triagem referentes a crianças até aos 4 anos de idade que recorreram ao serviço de urgência pediátrica da instituição hospitalar em estudo, de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2017. Considerados como critérios de inclusão: Episódios triados na Urgência Pediátrica durante o ano 2017; Idade dos 0 aos 4 anos de idade; Fluxogramas de triagem indicativos de lesão não intencional (TCE, Queda, Problemas dos Membros, Problemas Estomatológicos, Feridas, Queimaduras Superficiais e Profundas, Sobredosagem e Envenenamento, Corpo Estranho, Grande Traumatismo, Exposição a químicos).

- Análise estatística e analítica dos Processos de triagem do ano 2017 em programa SPSS (versão 24). Análise realizada tendo em conta como variáveis independentes: Idade e Sexo, Mês em que foi realizado o episódio de urgência, Fluxograma utilizado na Triagem, Prioridade atribuída, Destino após episódio de urgência, Mecanismo causador da lesão e Lesão provocada.

- Aplicação de questionários aos profissionais pertencentes à equipa de enfermagem do serviço de internamento de pediatria da referida instituição hospitalar.

Referências Bibliográficas

- Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI]. (2017). *25 Anos de Segurança Infantil em Portugal: Relatório de Avaliação, 2017*. Acedido a 02 Maio 2018, em: http://apsi.org.pt/images/25anos/PDF/RELATORIO_SEG_INFANTIL_certo.pdf

- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1.

- 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 10 Abril 2018, em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/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: DGS. Acedido a 02 Maio 2018, em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes.aspx>

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Documento fornecido pela Docente Professora Doutora Ana Lúcia Ramos.
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Recomendações para a prevenção dos acidentes com crianças*. Acedido a 02 Maio 2018, em: 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 45-54. Acedido a 02 Maio 2018, em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn1/serIVn1a06.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. Acedido a 02 Maio 2018, em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIII11/serIII11a13.pdf>
- World Health Organization (OMS). (2011). Child injury prevention: Report by Secretariat. Acedido a 02 Maio 2018, em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_23-en.pdf

Apêndice 2

Cronograma do Projeto de Intervenção

Tempo	2018												2019		
	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Data a Definir					
Etapas															
Diagnóstico da Situação															
Planeamento															
Execução:															
Atividade 1: Estudo Observacional: ‘Lesões não Intencionais em crianças dos 0 aos 4 anos de idade’															
Atividade 2: Estudo descritivo: ‘Perceção e atuação da equipa de enfermagem a prestar cuidados em serviço de internamento pediátrico relativamente à temática das lesões não intencionais’															
Atividade 3: Levantamento dos pontos potencialmente perigosos e indutores de lesão não intencional no serviço de internamento pediátrico															
Atividade 4: Sessão de Sensibilização dos Profissionais de Enfermagem para a problemática das Lesões não Intencionais															
Atividade 5: Otimização de estratégias para a promoção de ambientes seguros															
Avaliação															
Divulgação dos Resultados – Relatório Final															

Legenda:  Pausa Letiva

Apêndice 3

Tabela de extração de dados do Estudo Observacional do Tipo Transversal e Retrospectivo

Nº Episódio	Idade	Sexo	Data (mês)	Fluxograma Triagem	Cor Triagem	Motivo ida ao SU	Destino

Apêndice 4

Caraterização das Lesões não Intencionais em crianças entre os 0 e os 4 anos de vida
numa Região do Alentejo

Caraterização das Lesões não Intencionais em crianças entre os 0 e os 4 anos de vida numa Região do Alentejo

Com a efetivação do levantamento dos processos de triagem, realizados durante o ano 2017 a crianças entre os 0 e os 4 anos de vida numa Instituição Hospitalar da Região Alentejo reunimos um total de 9723 processos de triagem, os quais foram submetidos aos critérios de inclusão relativos aos Fluxogramas de triagem indicativos de lesão não intencional tendo-se reduzido o total de processos de triagem para 721. Posteriormente efetuamos uma análise individualizada tendo por base as variáveis independentes em estudo durante a qual excluímos 37 processos que não comportavam recorrências ao SUP por lesão não intencional, apesar de respeitarem os critérios de inclusão. No final do processo de análise totalizamos **684 processos** de triagem, o correspondente a 7% do total de recorrências ao SUP de crianças entre os 0 e os 4 anos de idade durante o ano 2017 em consequência de lesão não intencional.

Após reunidos os dados e aplicados os critérios de inclusão realizámos uma análise estatística e descritiva das diferentes variáveis, por forma a caracterizar cada uma delas.

a) Idade das Crianças

Durante o ano de 2017 a média de idade das crianças que recorreram ao SUP por lesão não intencional foi de 2,10 (Tabela 1), sendo que estas na sua maioria se encontravam na faixa etária de 1 ano (29,2%) ou na faixa etária dos 2 anos (25,1%) (Gráfico 1).

Variável	Moda	Média	Mediana	Desvio Padrão	Variância
Idade	1,00	2,10	2,00	1,247	1,556

Tabela 1 - Análise estatística da variável Idade.

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

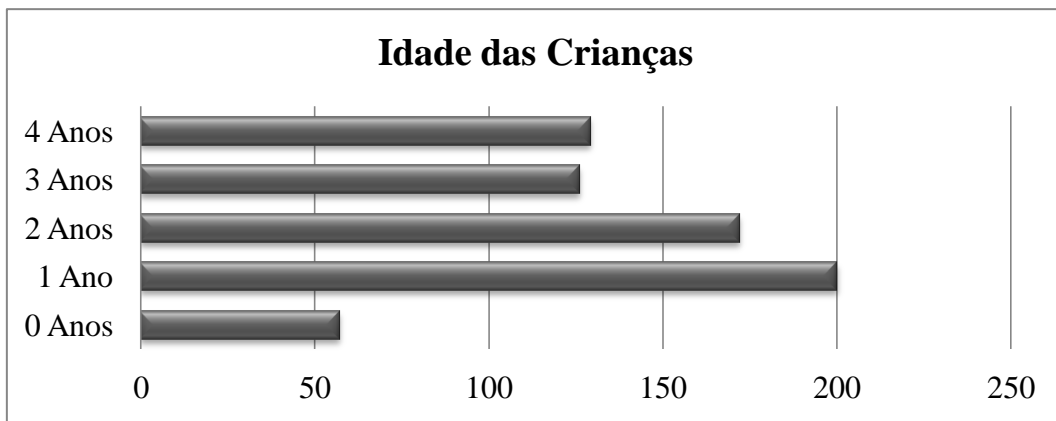


Gráfico 1 – Distribuição dos episódios de Lesões não intencionais pela idade das crianças
 Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

b) Sexo das crianças

Do total da amostra 58,5% é representativa do sexo masculino. E que por outro lado um total 284 (41,5%) eram do sexo feminino (Gráfico 2).

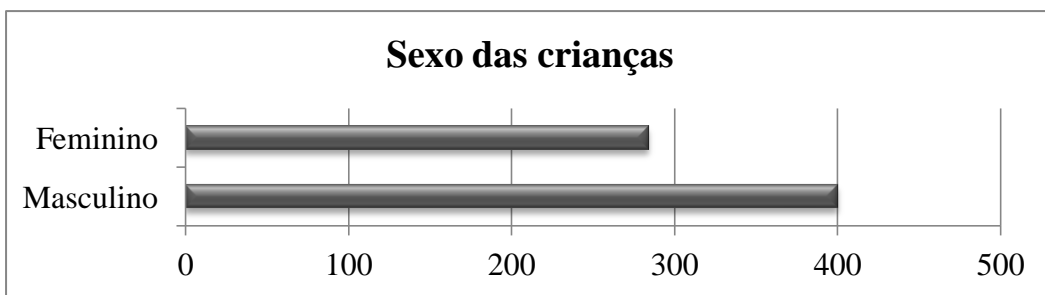


Gráfico 2 – Distribuição dos episódios de Lesões não intencionais pelo Sexo das crianças
 Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

c) Mês em que ocorreu a lesão

Ao longo dos diferentes meses ocorreu uma distribuição das lesões muito semelhante, sendo que o mês com maior número de recorrências de crianças 0-4 anos ao SUP foi Novembro (11%); seguido de Agosto (10,4%) (Gráfico 3).

Ao agruparmos os meses em dois grupos distintos, entre: 1 - Primavera/Verão: Abril, Maio, Junho, Julho, Agosto e Setembro e 2 – Outono/Inverno: Janeiro, Fevereiro, Março, Outubro, Novembro e Dezembro; foi possível averiguar que os meses de Primavera/Verão registaram o maior número de episódios de triagem por lesão não intencio-

nal, com um total de 371 (54,2%); sendo que nos meses de Outono/Inverno se registaram 313 episódios de triagem (45,8%).

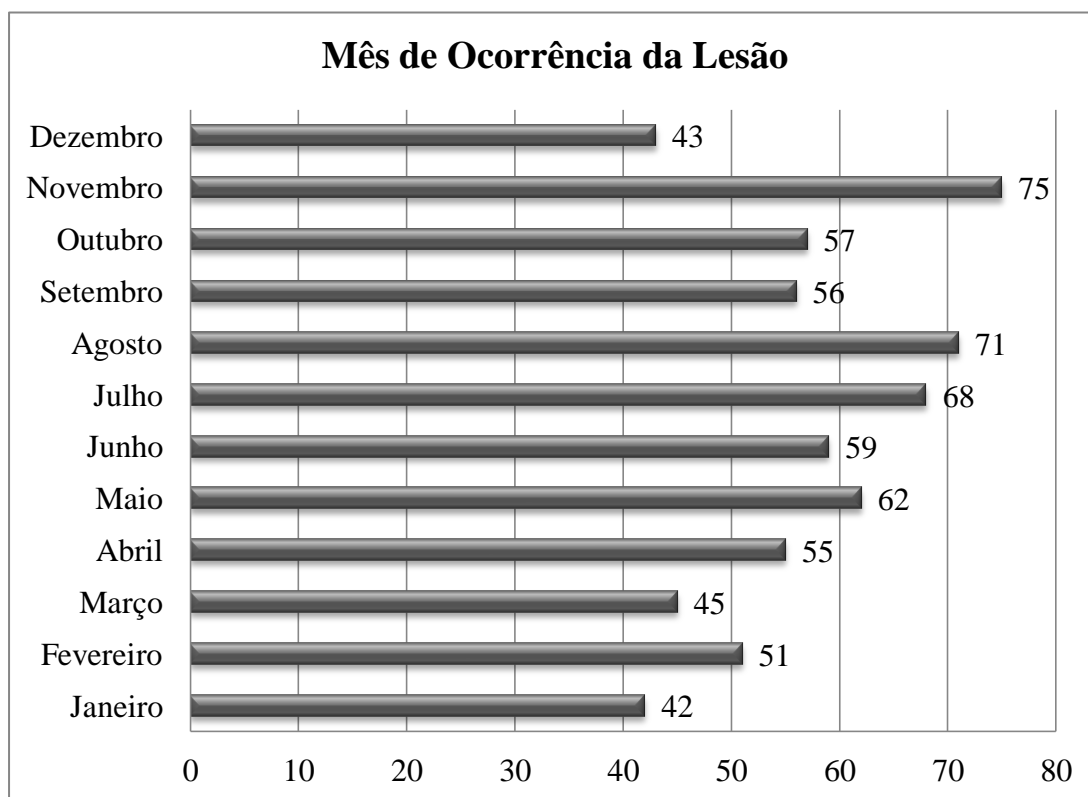


Gráfico 3 - Distribuição dos episódios de Lesões não intencionais por mês de ocorrência
Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

d) Fluxograma de Triagem

Os Fluxograma mais utilizados em consequência de lesão não intencional foram: TCE com um total de 214 episódios, (31,3%); Problemas dos Membros com um total de 185 episódios (27,0%); Feridas com um total de 171 episódios (25%) (Gráfico 4).

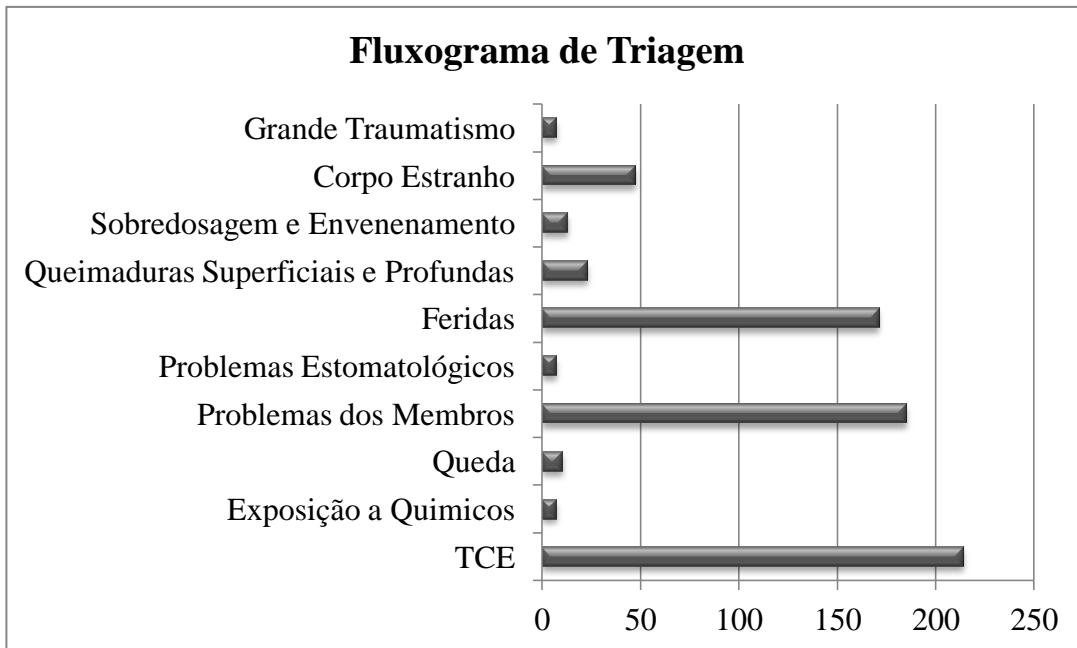


Gráfico 4 - Distribuição dos episódios de Lesões não intencionais por Fluxograma de Triagem utilizado

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

e) Prioridade atribuída na Triagem

No momento de triagem a cor mais vezes atribuída foi a verde, em 462 episódios (67,5%), seguida pela cor amarela com 172 episódios (25,1%) (Gráfico 5).

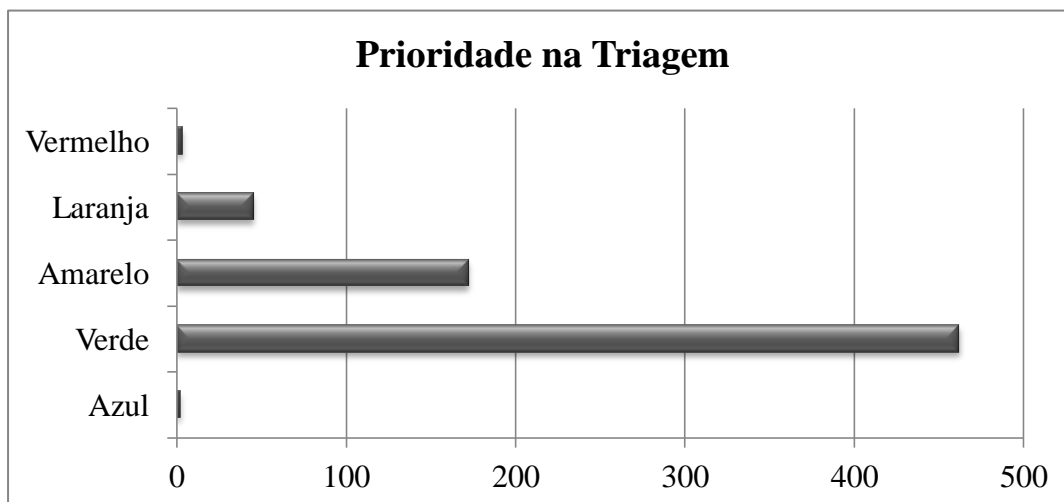


Gráfico 5 - Distribuição dos episódios de Lesões não intencionais pela Prioridade atribuída no momento da Triagem

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

f) Destino após observação e tratamento em SUP

Em 85,7% dos episódios as crianças tiveram alta para o domicílio sem referência, em 6,1% necessitaram de internamento na Unidade de Internamento de Curta Duração [UICD] e em 5,3% tiveram alta para o domicílio, mas com referência para consulta de especialidade, nomeadamente de ortopedia, cirurgia ou estomatologia. (Gráfico 6).

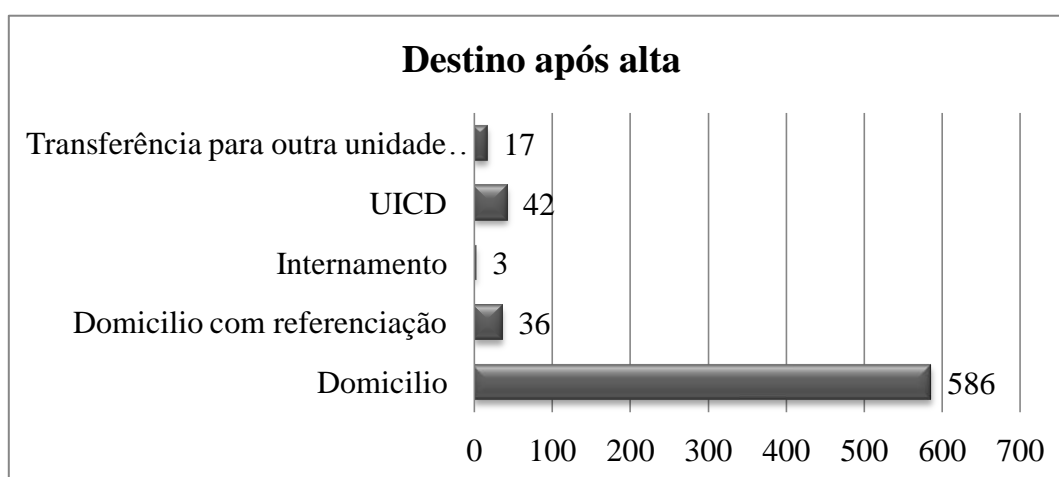


Gráfico 6 - Distribuição dos episódios de Lesões não intencionais pelos destinos após observação e tratamento em SUP

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

g) Mecanismo de Lesão

As quedas surgiram como o mecanismo de lesão mais frequente com um total de 55,8%; seguidamente surge o embate em superfícies com um total de 11%; seguidos pela introdução de corpos estranhos em orifícios corporais tais como nariz e ouvidos com um total de 6,7% (Gráfico 7).

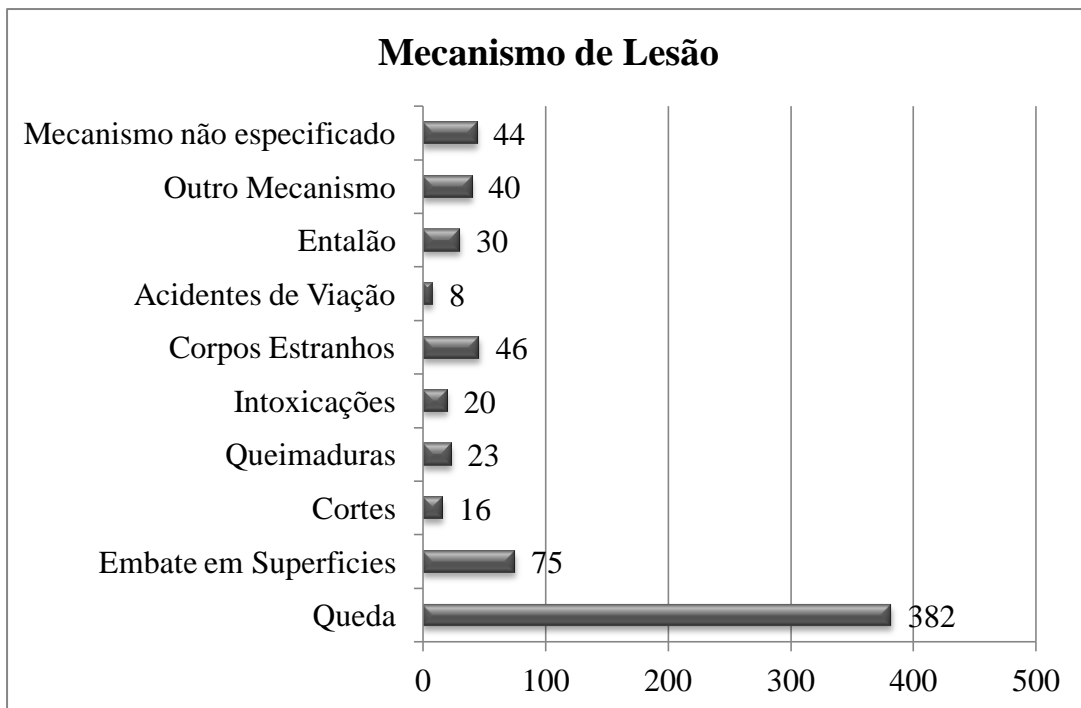


Gráfico 7 - Distribuição dos episódios de Lesões não intencionais pelos diferentes Mecanismos causadores de lesão

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

h) Lesão emergente

As lesões emergentes foram feridas (31,0%), sejam elas incisivas, puntiformes ou por esfacelo, os hematomas (8,9%) e as pronações dolorosas (7,0%). Importa ressaltar que 30,6% das lesões emergentes não foram especificadas (Gráfico 8).

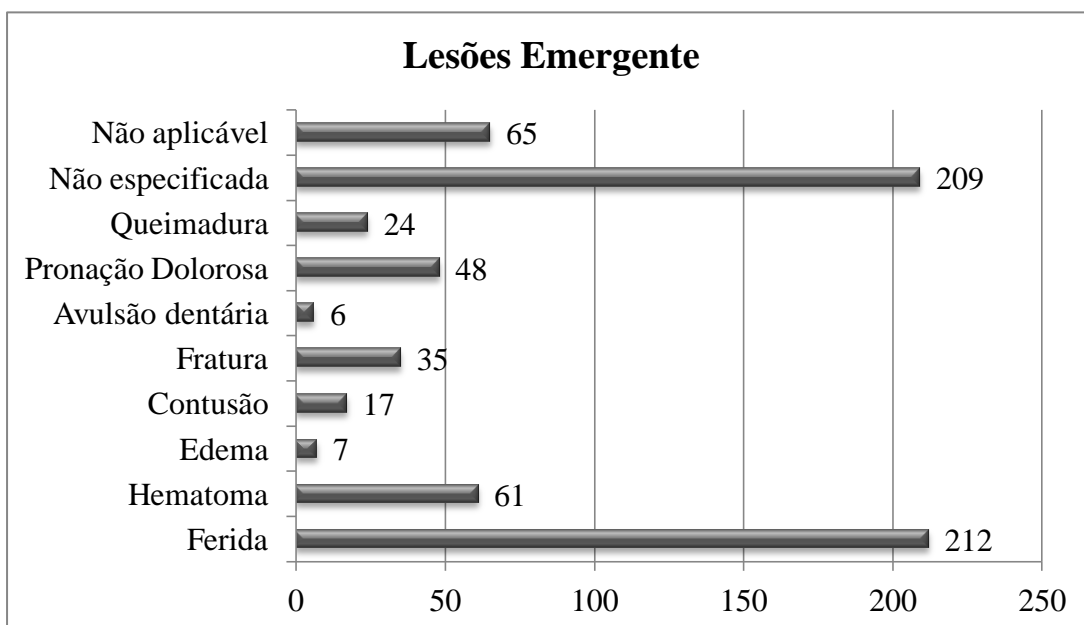


Gráfico 8 - Distribuição dos episódios de Lesões não intencionais pelas diversas Lesões Emergentes

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

i) Mecanismo de Lesão x Idade das Crianças

Ao longo das diferentes faixas etárias o mecanismo de lesão mais prevalente foram as quedas, estando representadas por valores significativamente mais elevados quando comparadas com os restantes mecanismos, sendo que tiveram o seu pico de ocorrência nas crianças com 1 ano (29,3%), seguidas pelas crianças com 2 anos (25%). Os embates em superfícies foram mais frequentes na faixa etária de 1 ano (28%); os cortes apresentaram uma distribuição semelhante ao longo das diferentes faixas etárias, apresentando igual incidência nas faixas de 1 e 2 anos (31,3%) em cada umas; as queimaduras tiveram a sua maior incidência na faixa etária de 1 ano (56,5%); as intoxicações tiveram o seu pico de incidência na faixa dos 2 anos (40%); a introdução de corpos estranhos teve o pico de incidência aos 3 anos (28,2%); os acidentes de viação ocorreram mais frequentemente nas faixas de 1 e 3 anos (37,5% em cada faixa-etária); e os entalões tiveram mais incidência nas crianças na faixa etária de 1 anos (33,3%) (Tabela 2).

A faixa etária que apresentou maior pico de incidência das lesões foi a faixa de 1 ano de idade, sendo que nela ocorreram os picos de incidência das quedas, dos embates em superfícies, dos cortes, das queimaduras e dos entalões; seguida pela faixa etária dos 2 anos em que ocorreram os picos de incidência dos cortes e das intoxicações.

		Mecanismo de Lesão										Total
		Queda	Mecanismo não especificado	Embate em Superfícies	Cortes	Queimaduras	Intoxicações	Corpos Estranhos	Acidente de Viação	Entalão	Outro Mecanismo	
Idade das Crianças	0	41	0	6	1	2	1	2	0	0	4	57
	1	112	8	21	5	13	2	11	3	10	15	200
	2	96	18	16	5	1	8	10	2	9	7	172
	3	63	5	15	3	4	4	13	3	5	11	126
	4	70	13	17	2	3	5	10	0	6	3	129
Total		382	44	75	16	23	20	46	8	30	40	684

p-value = **0,042**, sendo $<0,05$, logo a hipótese assumida é H_1 , existindo relação entre as variáveis, sendo que o mecanismo causador da lesão é variável consoante a idade da

criança.

Tabela 2 – Relação entre Mecanismo causadores de Lesão não intencional e Idade das crianças
 Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

j) Lesão emergente x Idade das crianças

As feridas foram a lesão mais frequente ao longo dos primeiros 4 anos de vida das crianças, ocorrendo essencialmente a partir de 1 ano de vida, com pico de incidência aos 2 anos (31,6%). Os hematomas foram mais incidentes durante a faixa etária de 1 e 2 anos, com pico de incidência na faixa de 1 ano (47,5%); os edemas tiveram uma distribuição homogénea pelas diferentes faixas etárias, com pico na faixa de 1 ano (42,9%); as contusões tiveram mais incidência aos 2 anos de vida (47,1%); as fraturas revelaram-se mais incidentes a partir de 1 ano de idade, com pico de incidência aos 4 anos (31,4%); a avulsão dentária, com pouca expressão enquanto lesão não intencional teve uma distribuição homogénea; as pronações dolorosas tiveram uma maior incidência nas faixas etárias de 1 e 2 anos, com pico na faixa de 1 ano (37,5%); e as queimaduras surgiram como mais incidentes na faixa etária de 1 ano de vida (54,2%) (Tabela 3).

		Lesão emergente										Total
		Ferida	Não Aplicável	Hematoma	Edema	Contusão	Fratura	Avulsão Dentária	Pronação Dolorosa	Queimadura	Não Especificada	
Idade das crianças	0	8	3	8	1	0	2	0	4	2	29	57
	1	49	13	29	3	2	7	2	18	13	64	200
	2	67	18	12	0	8	10	3	14	1	39	172
	3	44	16	6	1	3	5	1	8	5	37	126
	4	44	15	6	2	4	11	0	4	3	40	129
Total		212	65	61	7	17	35	6	48	24	209	684

***p-value* = 0,00**, sendo $<0,05$, logo a hipótese assumida é H_1 , existindo relação entre as variáveis, sendo que **a lesão provocada é variável consoante a idade da criança.**

Tabela 3 – Relação entre Lesão emergente em consequência de lesão não intencional e a Idade das crianças

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

k) Fluxograma de Triagem X Idade das crianças

Não existiu um Fluxograma prevalente que seja comum a todas as idades em estudo. Na faixa etária dos 0 e 1 anos o Fluxograma mais vezes selecionado foi o TCE, na faixa etária dos 2 e 3 anos os mais vezes selecionado foi o das Feridas, na faixa etária dos 4 anos o mais vezes selecionado foi o dos Problemas dos Membros (Tabela 4).

		Fluxograma de Triagem										Total
		TCE	Exposição a Químicos	Queda	Problemas dos membros	Problemas estomatológicos	Feridas	Queimaduras	Sobredosagem e envenenamento	Corpo Estranho	Grande Traumatismo	
Idade das crianças	0	36	0	2	7	0	6	2	1	3	0	57
	1	78	2	5	49	2	38	13	0	11	2	200
	2	49	3	0	47	3	52	1	5	10	2	172
	3	26	1	3	35	1	37	4	3	13	3	126
	4	25	1	0	47	1	38	3	4	10	0	129
Total		214	7	10	185	7	171	23	13	47	7	684

p-value = 0,00, sendo <0,05, logo a hipótese assumida é H₁, existindo relação entre as variáveis, sendo que o **fluxograma selecionado no momento da triagem é variável consoante a idade da criança.**

Tabela 4 – Relação entre Fluxogramas de Triagem utilizados por lesão não intencional e a Idade das crianças

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

l) Mês em que ocorreu a lesão x Sexo das crianças

Ao longo do ano o sexo masculino foi mais prevalente na grande maioria dos meses, correspondendo a 83,3% da amostra total. O sexo feminino apenas representou

um maior número de ocorrência ao SUP do que o sexo masculino nos meses de Novembro e Agosto (Tabela 5).

		Mês em que ocorreu a lesão												
		Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Sexo	Masculino	24	32	29	36	34	33	42	32	32	37	35	34	400
	Feminino	18	19	16	19	28	26	26	39	24	20	40	9	284
Total		42	51	45	55	62	59	68	71	56	57	75	43	684

p-value = 0,033, sendo $<0,05$, logo a hipótese assumida é H_1 , existindo relação entre as variáveis, sendo que o **mês em que a criança recorre ao Serviço de Urgência é variável consoante o sexo da criança.**

Tabela 5 – Relação entre as Lesões não intencionais ocorridas nos diferentes meses e o Sexo das crianças

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

m) Lesão emergente x Sexo das crianças

As feridas (66%), os hematomas (54%), as contusões (70,6%) e as queimaduras (66,6%) foram mais frequentes nas crianças do sexo masculino; por outro lado, os edemas (71,4%), as fraturas (60%), as avulsões dentárias (66,6%) e as pronações dolorosas (54,1%) foram mais frequentes nas crianças do sexo feminino (Tabela 6).

		Lesão emergente										Total
		Ferida	Não aplicável	Hematoma	Edema	Contusão	Fratura	Avulsão Dentária	Pronação Dolorosa	Queimadura	Não especificada	
Sexo	Masculino	140	35	33	2	12	14	2	22	16	124	400
	Feminino	72	30	28	5	5	21	4	26	8	85	284
Total		212	65	61	7	17	35	6	48	24	209	684

p-value = 0,018, sendo $<0,05$, logo a hipótese assumida é H_1 , existindo relação

entre as variáveis, sendo que a **Lesão emergente é variável consoante o sexo da criança.**

Tabela 6 - Relação entre as Lesões emergentes em consequência de lesão não intencional e o Sexo das crianças

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

n) Lesão emergente x Mês em que ocorreu a lesão

As feridas tiveram uma distribuição homogénea ao longo do ano, tendo a mesma incidência nos meses Primavera/Verão e Outono/Inverno, com pico de incidência no mês de Novembro (12,3%). Os hematomas tiveram o pico de incidência no mês de Julho (18%), sendo que globalmente tiveram a sua maior incidência nos meses de Primavera/Verão (57,4%). Os edemas apresentaram-se como pouco representativos de lesão consequente, pois nos dados analisados existem poucos registos, de qualquer forma, surgiram como mais incidentes na época de Outono/Inverno (71,4%). As contusões registaram o seu maior número no mês de fevereiro (35,3%), sendo que na sua globalidade tiveram mais incidência nos meses de Outono/Inverno (70,6%). As fraturas registaram um mais elevado número no mês de Maio com (20%), sendo que na sua globalidade tiveram mais incidência nos meses de Primavera/Verão (68,6%). As avulsões dentárias apresentaram pouco incidência, sendo pouco representativas enquanto lesão emergente, tiveram igual incidência nos meses de Outono/Inverno e Primavera/Verão. As pronações dolorosas tiveram o seu pico de incidência no mês de Novembro (23%), sendo que na sua globalidade tiveram mais incidência nos meses de Outono/Inverno (54,2%). As queimaduras apresentaram o seu pico no mês de Dezembro (16,6%), no entanto na sua globalidade tiveram mais incidência na época Primavera/Verão (54,2%) (Tabela 7).

		Lesão emergente										Total
		Ferida	Não aplicável	Hematoma	Edema	Contusão	Fratura	Avulsão Dentária	Pronação Dolorosa	Queimadura	Não Especificada	
Mês Em que ocorreu	Janeiro	14	1	7	1	2	2	0	1	0	14	42
	Fevereiro	15	6	4	1	6	1	1	4	2	11	51
	Março	14	6	1	1	4	2	0	5	3	9	45

a lesão	Abril	14	1	6	0	2	1	1	3	2	25	55
	Mai	21	8	4	0	0	7	2	1	0	19	62
	Junho	17	9	3	0	1	5	0	6	3	15	59
	Julho	22	6	11	0	0	4	0	4	3	18	68
	Agosto	17	7	4	0	1	4	0	5	2	31	71
	Setembro	15	7	7	2	1	3	0	3	3	15	56
	Outubro	20	8	6	0	0	0	1	3	0	19	57
	Novembro	26	2	7	2	0	4	1	11	2	20	75
	Dezembro	17	4	1	0	0	2	0	2	4	13	43
Total		212	65	61	7	17	35	6	48	24	209	684

p-value = **0,005**, sendo $<0,05$, logo a hipótese assumida é H_1 , existindo relação entre as variáveis, sendo que a **Lesão emergente é variável consoante o mês em que ocorre.**

Tabela 7 - Distribuição das Lesões emergentes em consequência de lesão não intencional ao longo dos diferentes meses do ano

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

o) Mecanismo de lesão x Mês em que ocorreu a lesão

As quedas tiveram uma distribuição homogénea durante o decorrer do ano, sendo sempre o mecanismo de lesão mais incidente nos diferentes meses; tiveram o seu pico de incidência em Novembro com (11,5%), sendo que na globalidade do ano tiveram um impacto maior nos meses de Primavera/Verão (56,3%). Os Embates em Superfícies tiveram o seu pico no mês de Maio (14,6%), sendo que apresentaram uma distribuição homogénea durante todo o ano e a diferença entre os meses de Primavera/Verão (49,3%) e Outono/Inverno (50,6%) é pouco significativa. Os Cortes foram pouco representativos, tendo ocorrido apenas um total de 16 durante o decorrer do ano, no entanto tiveram o seu pico de incidência nos meses de Outono/Inverno (68,75%). As queimaduras tiveram o seu pico de incidência em Dezembro com (17,4%), sendo que apresentam uma distribuição semelhante entre meses de Primavera/Verão (52,2%) e Outono/Inverno (47,8%). As Intoxicações apresentaram uma distribuição homogénea ao longo do ano, tendo o seu pico de incidência nos meses de Primavera/Verão (60%). A introdução de Corpos Estranhos em Orifícios do Organismo também teve uma distribuição homogénea ao longo do ano, tendo o seu pico nos meses de Primavera/Verão (58,7%). Os Acidentes de Viação foram pouco significativos ao longo do ano de 2017, sendo que o pico ocorreu no período Primavera/Verão (75%). Os

entalhões tiveram também eles uma distribuição homogênea ao longo do ano, com pico de incidência em Agosto (20%), globalmente tiveram maior incidência no período Primavera/Verão (53,3%) (Tabela 8).

		Mecanismo de lesão										Total
		Queda	Mecanismo não especificado	Embate em Superfícies	Cortes	Queimaduras	Intoxicações	Corpos Estranhos	Acidente de Viação	Entalão	Outro Mecanismo	
Mês em que ocorreu a lesão	Janeiro	25	3	10	0	0	1	0	0	2	1	42
	Fevereiro	26	5	5	0	2	3	3	0	2	5	51
	Março	18	3	9	0	3	1	5	0	3	3	45
	Abril	37	4	7	0	2	0	1	1	0	3	55
	Maio	31	6	11	2	0	3	5	0	2	2	62
	Junho	31	1	4	1	3	3	6	0	3	7	59
	Julho	41	2	6	1	3	2	4	3	2	4	68
	Agosto	42	3	7	0	2	1	6	1	6	3	71
	Setembro	33	4	2	1	2	3	5	1	3	2	56
	Outubro	35	0	8	1	0	2	6	1	2	2	57
	Novembro	44	9	3	4	2	0	2	0	3	8	75
Dezembro	19	4	3	6	4	1	3	1	2	0	43	
Total		382	44	75	16	23	20	46	8	30	40	684
<p><i>p-value</i> = 0,005, sendo $<0,05$, logo a hipótese assumida é H_1, existindo relação entre as variáveis, sendo que o Mecanismo causador da lesão é variável consoante o mês em que ocorreu.</p>												

Tabela 8 - Distribuição dos mecanismos de lesão não intencional ao longo dos diferentes meses do ano
Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

p) Prioridade de Triagem x Mecanismo de Lesão

O mecanismo mais prevalente na Cor Verde foram as quedas (57%), seguidas pelo Embate em Superfícies (12,5%) e os Corpos estranhos (8,5%). O mecanismo mais prevalente na Cor Amarela foram as quedas (58,1%), seguidas pelo embate em superfícies (9,3%), pelo entalão (7%) e pelas queimaduras (6,4%). O mecanismo mais

prevalente na Cor Laranja foram as quedas (37,8%) seguidas pelas intoxicações (31,1%) e pelos acidentes de Viação (15,5%). O mecanismo mais prevalente na Cor vermelha foram as quedas (66,6%) seguidas pelas intoxicações (33,3%) (Tabela 9).

		Mecanismo de Lesão										Total
		Queda	Mecanismo não especificado	Embate em Superfícies	Cortes	Queimaduras	Intoxicações	Corpos Estranhos	Acidente de Viação	Entalão	Outro Mecanismo	
Prioridade de Triagem	Azul	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2
	Verde	263	33	58	13	8	2	39	1	17	28	462
	Amarelo	100	9	16	3	11	3	6	0	12	12	172
	Laranja	17	1	1	0	4	14	0	7	1	0	45
	Vermelho	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
Total		382	44	75	16	23	20	46	8	30	40	684

***p-value* = 0,000**, sendo $<0,05$, logo a hipótese assumida é H_1 , existindo relação entre as variáveis, sendo que a **Prioridade atribuída no momento da triagem é variável consoante Mecanismo causador da lesão.**

Tabela 9 – Relação entre os mecanismos de lesão não intencional e os diferentes níveis de Prioridade de Triagem

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

q) Prioridade de Triagem x Lesão emergente

As lesões mais associadas à cor verde são as feridas (39,3%) seguidas dos hematomas (8,9%) e das pronações dolorosas (5,8%); As lesões mais associadas à cor amarela são as feridas (14%) seguidas das pronações dolorosas (11,6%) e das fraturas (11%); A lesão mais associada à cor laranja são as feridas (13,3%), seguidas das queimaduras (11,1%) e das fraturas (4,4%) (Tabela 10).

		Lesão emergente										Total	
		Ferida	Não aplicável	Hematoma	Edema	Contusão	Fratura	Avulsão Dentária	Pronação Dolorosa	Queimadura	Não especificada		
Prioridade de Triagem	Azul	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
	Verde	182	41	41	3	14	14	4	27	8	128	462	
	Amarelo	24	9	16	4	3	19	2	20	11	64	172	
	Laranja	6	13	4	0	0	2	0	1	5	14	45	
	Vermelho	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	3	
Total		212	65	61	7	17	35	6	48	24	209	684	

p-value = 0,000, sendo <0,05, logo a hipótese assumida é H₁, existindo relação entre as variáveis, sendo que a **Prioridade atribuída no momento da triagem é variável consoante a lesão emergente.**

Tabela 10 – Relação entre as Lesões emergentes em consequência lesão não intencional e os diferentes níveis de Prioridade de Triagem
 Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

r) Destino após observação e tratamento em SUP x Prioridade de Triagem

Às crianças com alta para o domicílio foi mais vezes atribuída a prioridade da cor verde, seguida da cor amarela e da cor laranja; às crianças com alta para o domicílio, mas com seguimento em consulta de especialidade, foi mais vezes atribuída a prioridade da cor amarela, seguida da cor verde e da cor laranja; às crianças que necessitaram de permanecer no serviço de internamento pediátrico para continuidade dos cuidados foi mais vezes atribuída a prioridade da cor amarela; às crianças que necessitaram de permanecer em observação na UICD foi mais vezes atribuída a prioridade da cor amarela e cor laranja; às crianças que necessitaram ser transferidas para outra unidade hospitalar para receber cuidados especializados foi mais vezes atribuída a prioridade da cor verde, seguida da cor amarela e da cor laranja (Tabela 11).

		Destino após observação e tratamento em SUP					Total
		Domicílio	Domicílio com referência para consulta especialidade	Internamento no Serviço de pediatria	Unidade de internamento de curta duração	Transferência para outra Unidade Hospitalar	
Prioridade de Triagem	Azul	2	0	0	0	0	2
	Verde	428	15	0	12	7	462
	Amarelo	131	19	2	14	6	172
	Laranja	25	2	1	14	3	45
	Vermelho	0	0	0	2	1	3
Total		586	36	3	42	17	684

p-value = 0,000, sendo <0,05, logo a hipótese assumida é H₁, existindo relação entre as variáveis, sendo que o **Destino da criança após observação e tratamento no SUP é variável consoante a Prioridade atribuída no momento da triagem.**

Tabela 11 – Relação entre as Lesões emergentes em consequência lesão não intencional e os diferentes níveis de Prioridade de Triagem

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

s) Destino após observação e tratamento em SUP x Mecanismo de lesão

No mecanismo queda as crianças na maioria das vezes tiveram alta para o domicílio (88,7%), ou necessitaram de permanecer em UICD para vigilância (6,0%). No mecanismo embate em superfícies a maioria das crianças teve alta para o domicílio (94,6%), ou necessitaram de permanecer em UICD para vigilância. No mecanismo cortes a maioria das crianças teve alta para o domicílio (87,5%). No mecanismo queimaduras a maioria das crianças teve alta para o domicílio (43,5%), ou teve alta para o domicílio, mas com referência para consulta de especialidade, especificamente consulta de cirurgia (34,8%), uma outra parte significativa necessitou de transferência para outra unidade hospitalar para cuidados diferenciados (17,4%). No mecanismo intoxicações a maioria das crianças necessitaram de permanecer em UICD para vigilância (60%) ou teve alta para o domicílio (40%). No mecanismo corpos estranhos a maioria das crianças teve alta para o domicílio (71,1%), ou necessitou de transferência para outra unidade hospitalar para cuidados diferenciados (13,0%). No mecanismo acidente de viação a maioria das crianças ou teve alta para o domicílio (62,5%) ou

necessitaram de permanecer em UICD para vigilância (25%). Por fim, no mecanismo entalão a maioria das crianças teve alta para o domicílio (93,3%) (Tabela 12).

		Mecanismo de lesão										Total
		Queda	Mecanismo não especificado	Embate em Superfícies	Cortes	Queimaduras	Intoxicações	Corpos Estranhos	Acidente de Viação	Entalão	Outro Mecanismo	
Destino após observação e tratamento em SUP	Domicílio	339	39	71	14	10	8	32	5	28	40	586
	Domicílio com referência para consulta especialidade	16	4	1	1	8	0	5	0	1	0	36
	Internamento no Serviço de pediatria	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
	Unidade de internamento de curta duração	23	0	2	0	0	12	3	2	0	0	42
	Transferência para outra Unidade Hospitalar	2	1	1	1	4	0	6	1	1	0	17
Total		382	44	75	16	23	20	46	8	30	40	684
<p><i>p-value</i> = 0,000, sendo $<0,05$, logo a hipótese assumida é H_1, existindo relação entre as variáveis, sendo que o Destino da criança após observação e tratamento no SUP é variável consoante o Mecanismo de lesão.</p>												

Tabela 12 - Relação entre o Destino das crianças após observação e tratamento em SUP e os Mecanismos de Lesão não intencional

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

t) Lesão emergente x Mecanismo de lesão

Em consequência das quedas surgem mais frequentemente as feridas (31,7%), seguidas dos hematomas (13,6%) e das fraturas (7,6%); em consequência dos embates em superfícies surgem mais frequentemente as feridas (65,3%), seguidas dos hematomas (6,6%); em consequência das cortes surgem apenas as feridas (100%); em consequência das queimaduras surgem apenas as queimaduras (100%). Em consequência dos acidentes de viação surgem mais frequentemente os hematomas (37,5%), seguidos das feridas (25%); e em consequência dos entalões surgem mais frequentemente as feridas (26,6%), seguidas dos edemas (10%) e das contusões (10%) (Tabela 13).

		Mecanismo de lesão										Total
		Queda	Mecanismo não especificado	Embate em Superfícies	Cortes	Queimaduras	Intoxicações	Corpos Estranhos	Acidente de Viacão	Entalão	Outro Mecanismo	
Lesão emergente	Ferida	121	13	49	16	0	0	0	2	8	3	212
	Não aplicável	0	0	0	0	0	19	46	0	0	0	65
	Hematoma	52	1	5	0	0	0	0	3	0	0	61
	Edema	3	0	1	0	0	0	0	0	3	0	7
	Contusão	8	5	0	0	0	0	0	0	3	1	17
	Fratura	29	5	0	0	0	0	0	0	1	0	35
	Avulsão Dentária	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	6
	Pronação Dolorosa	9	7	0	0	0	0	0	0	0	32	48
	Queimadura	0	0	0	0	23	1	0	0	0	0	24
	Não especificada	157	13	17	0	0	0	0	3	15	4	209
Total	382	44	75	16	23	20	46	8	30	40	684	
<p><i>p-value</i> = 0,000, sendo <0,05, logo a hipótese assumida é H₁, existindo relação entre as variáveis, sendo que A Lesão emergente é variável consoante o Mecanismo de lesão.</p>												

Tabela 13 - Relação entre os Mecanismos de Lesão não intencional e as Lesões emergentes dos mesmos

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

Caracterização do Mecanismo de Lesão Queda

Uma vez que as quedas surgiram como o mecanismo causador de lesão mais incidente nos episódios de triagem analisados e que estas podem ocorrer em consequência de diversos mecanismos foi realizada uma análise detalhada das mesmas. Analisamos um total de 382 processos de triagem referentes a episódios de queda, os quais submetemos a uma análise descritiva e estatística das diferentes variáveis.

a) Idade das crianças que sofreram queda

A média de idade situou-se nos 2,02 (Tabela 14), sendo que as crianças com mais suscetibilidade de sofrerem quedas encontram-se na faixa etária de 1 ano (29,3%), seguidas das crianças com 2 anos (25,1%) e posteriormente as de 4 anos (18,3%) (Gráfico 9).

Idade da criança quando sofreu a queda	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão	Variância
	2,02	1,00	2,00	1,274	1,624

Tabela 14 - Análise estatística da variável idade da criança vítima de queda
Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

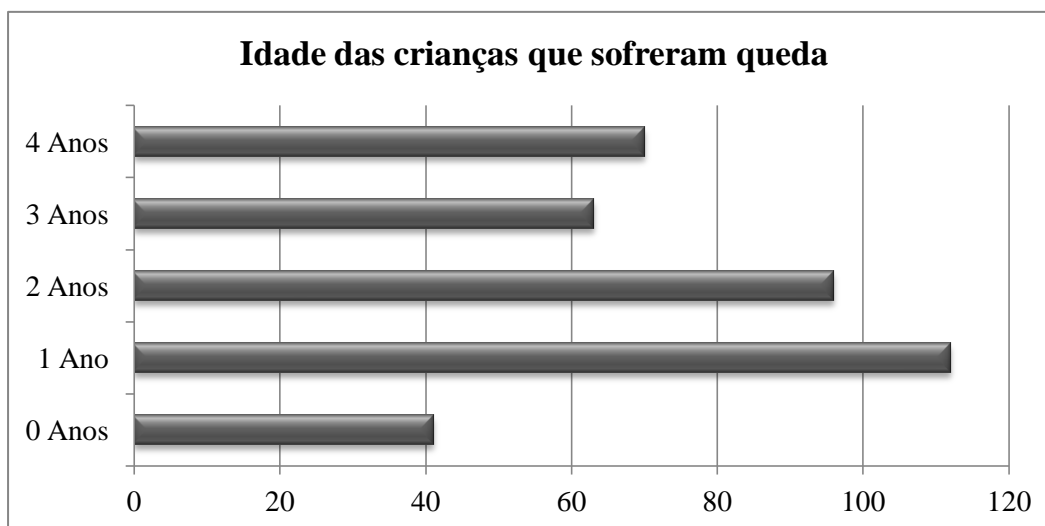


Gráfico 9 – Distribuição dos episódios de Queda pela Idade das crianças
Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

b) Sexo das crianças que sofreram queda

Verificamos que 57,6% dos episódios são referentes a crianças do sexo masculino e que 42,4% são referentes a crianças do sexo feminino (Gráfico 10).

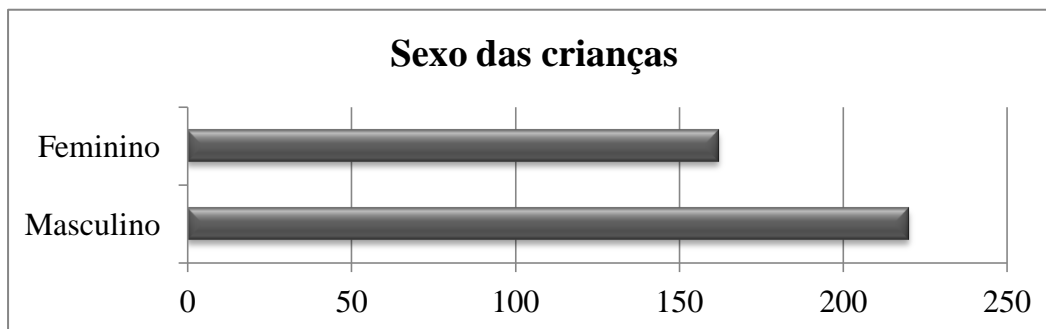


Gráfico 10 - Distribuição dos episódios de Queda pelo Sexo das crianças
Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

c) Mês em que ocorreu a queda

Ao longo do ano 2017 existiu uma distribuição homogênea dos episódios de triagem referentes a lesões não intencionais por quedas em crianças 0-4 anos de vida. Sendo o mês de Novembro o que registou mais recorrências ao SUP (11,5%), seguido pelos meses de Agosto (11,0%) e Julho (10,7%). Numa análise global é possível aferir que apesar de existir pouca diferença nos números ao longo do ano, os meses que registaram o número mais elevado de recorrências ao SUP se integram nos períodos da Primavera e do Verão (56,3%) (Gráfico 11).

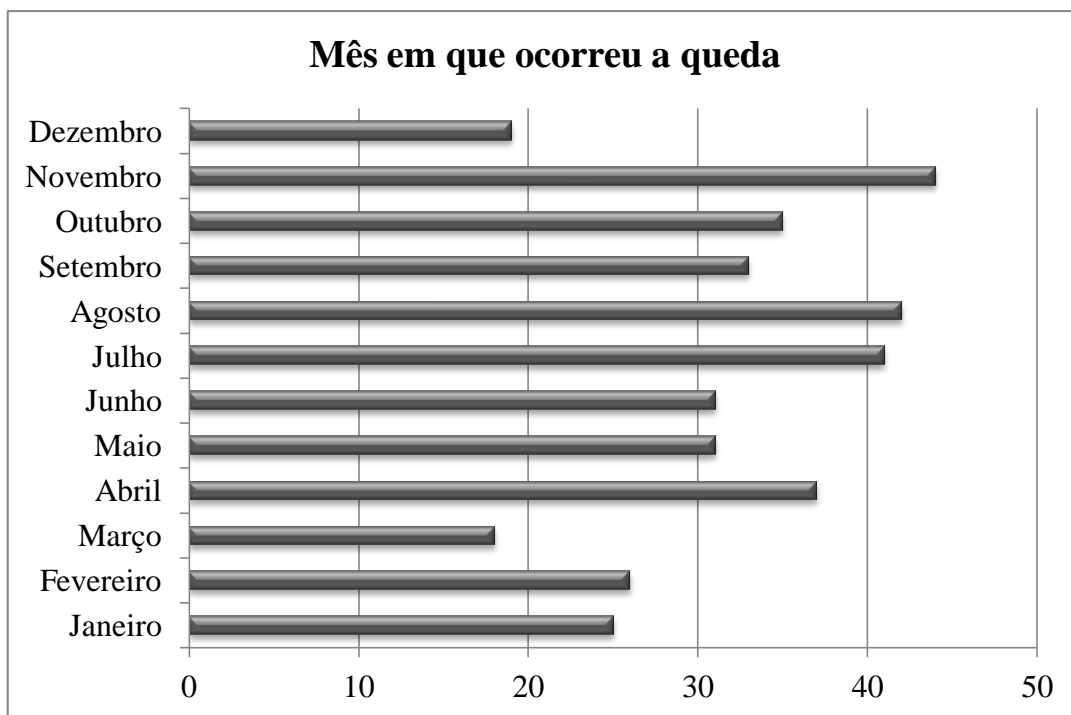


Gráfico 11- Distribuição dos episódios de Queda ao longo dos diferentes meses
 Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

d) Fluxograma de Triagem utilizado em crianças que sofreram queda

O Fluxograma de Triagem mais utilizado em consequência da lesão não intencional queda foi o TCE (46,9%), seguido pelo fluxograma Problemas dos Membros (24,9%) e pelo fluxograma Feridas (24,6%) (Gráfico 12).

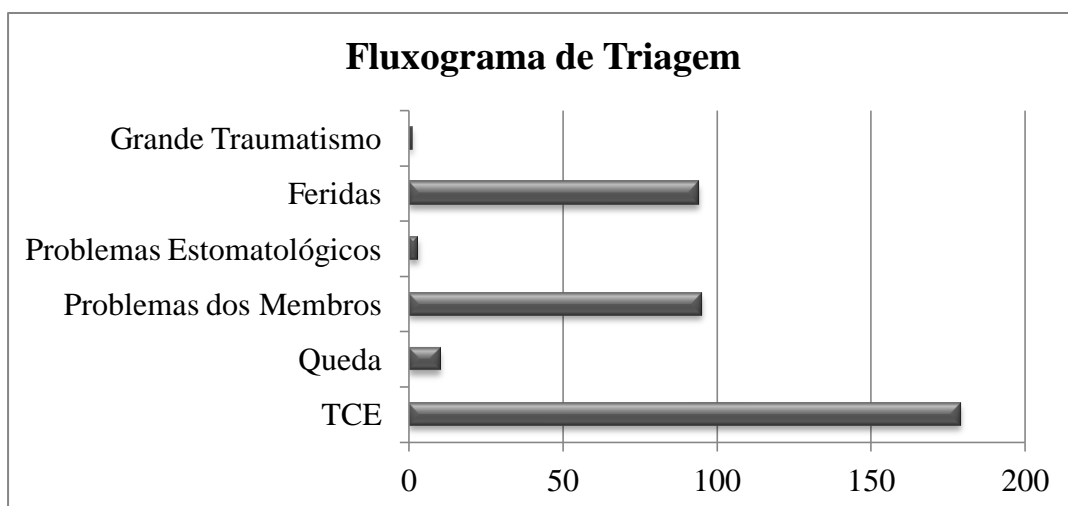


Gráfico 12 - Distribuição dos episódios de Queda pelos Fluxogramas de Triagem
 Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

e) Prioridade atribuída a crianças que sofreram queda

A prioridade de triagem mais frequentemente atribuída em consequência de quedas foi a cor verde (68,8%), seguida da cor amarela (26,2%) (Gráfico 13).

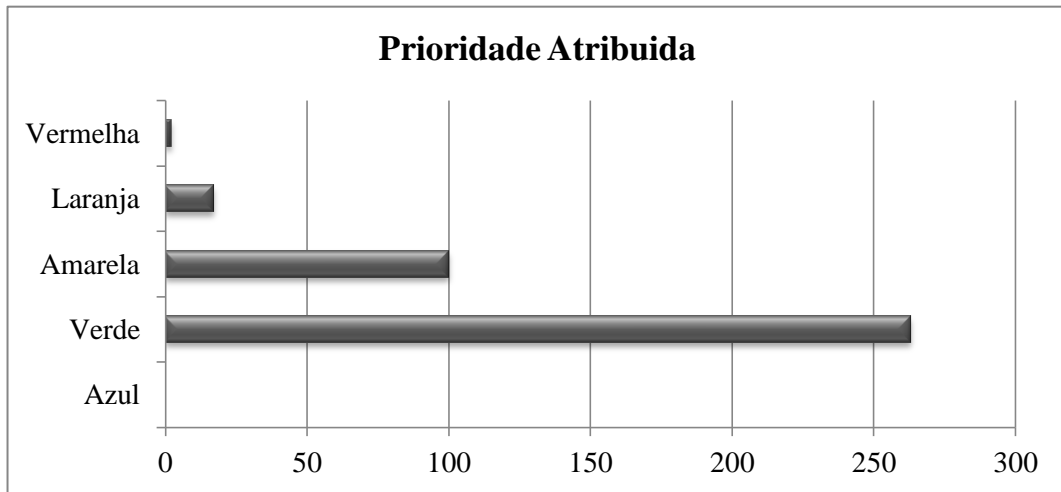


Gráfico 13 - Distribuição dos episódios de Queda pelos diferentes níveis de prioridade de Triagem
Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

f) Destino das crianças observadas e alvo de tratamento por queda em SUP

A maioria das crianças após observação e tratamento em SUP por queda retomaram ao domicílio sem necessidade de referenciação para outros cuidados (89%), ou retomaram ao domicílio mas com referenciação para consulta de especialidade (4,2%) (Gráfico 14).

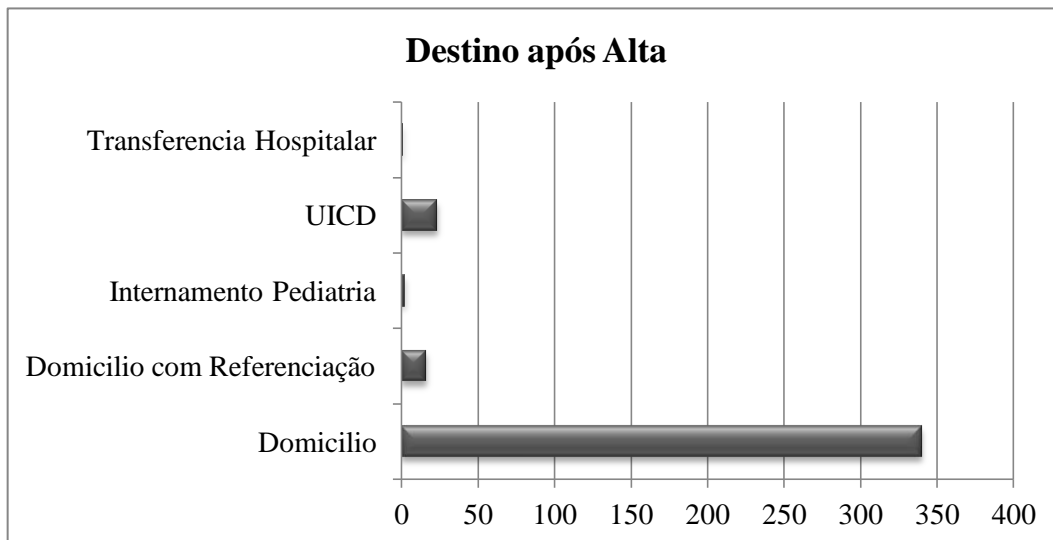


Gráfico 14 - Distribuição dos episódios de Queda pelos diferentes Destinos após observação e tratamento em SUP
Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

g) Mecanismo de Queda

Relativamente às quedas foram identificados 3 mecanismos, segundo as mesmas podem ocorrer, sendo eles: Quedas de Altura – de sofás, camas, muda-fraldas, muros, cadeiras, entre outros; Quedas da Própria altura – por tropeçar, escorregar, desequilibrar, empurrões, entre outros; e Quedas de Objetos sobre a criança – como mobiliários, peças decorativas, aquários, TV's, entre outros.

Averiguamos que a maioria das quedas ocorre por quedas da própria altura (58,4%), seguidas pelas quedas de altura (39,3%) (Gráfico 15).

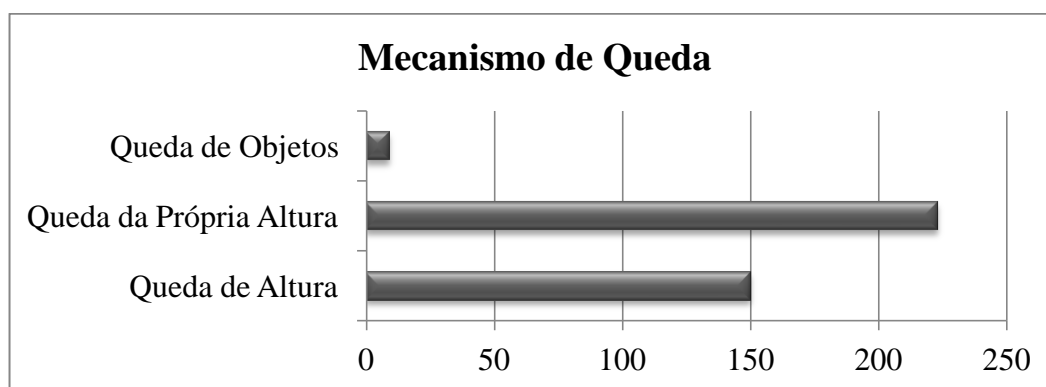


Gráfico 15 - Distribuição dos episódios de Queda pelos diferentes Mecanismos de Queda
Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

h) Lesão emergente pela queda

As lesões mais comuns em consequência das quedas são as feridas (31,7%) seguidas pelos hematomas (13,6%) e pelas fraturas (7,6%). Importa referir que em 157 dos episódios, o correspondente a 41,1% não foi possível especificar lesão provocada em consequência da queda, por não se encontrava discriminado no processo clínico (Gráfico 16).

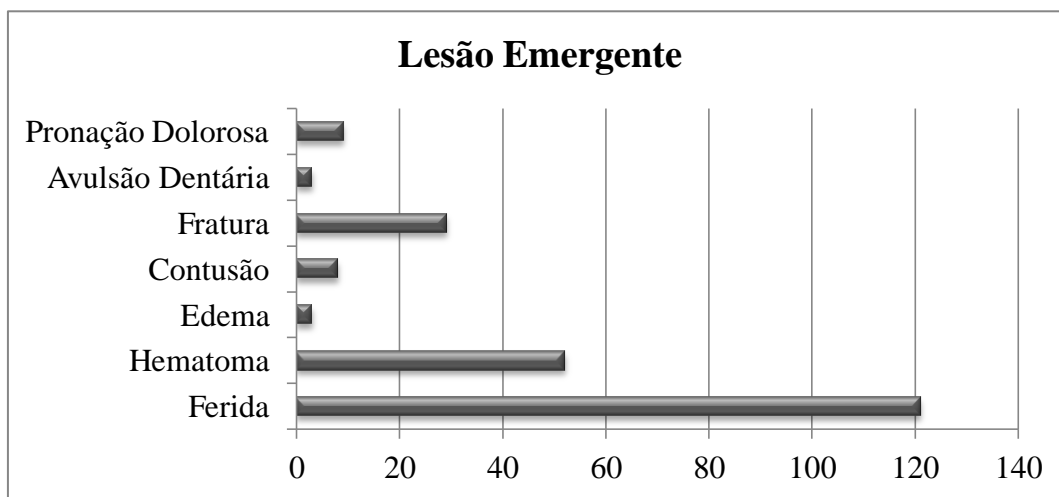


Gráfico 16 - Distribuição dos episódios de Queda pelas Lesões emergentes em consequência de queda
Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

Foi também aplicado o Teste do Qui-Quadrado por forma a analisar a relação entre as variáveis referentes às quedas e aos seus mecanismos desencadeantes.

i) Mecanismo Queda x Idade das crianças

As crianças com 0 anos de vida são mais suscetíveis de sofrer quedas de altura (85,4%), enquanto que nas restantes faixas etárias as quedas mais frequentes são as da própria altura. As quedas de objetos sobre a criança foi o mecanismo com menos expressão nos dados analisados, tendo o seu pico na faixa etária das crianças com 1 ano de vida (Tabela 15).

		Mecanismo de Queda			Total
		Queda Altura	Queda da Própria altura	Queda de objetos sobre a criança	
Idade das crianças	0	35	5	1	41
	1	44	65	3	112
	2	30	64	2	96
	3	19	43	1	63
	4	22	46	2	70
Total		150	223	9	382

p-value = 0,000, sendo <0,05, logo a hipótese assumida é H₁, existindo relação entre as variáveis, sendo que o **Mecanismo da Queda é variável consoante a Idade da criança.**

Tabela 15 - Relação entre os Mecanismos de queda e a idade das crianças

j) Mecanismo Queda x Sexo das crianças

As crianças de ambos os sexos estão mais suscetíveis de sofrer quedas da própria altura, sendo que no caso do sexo masculino existe mais discrepância entre as quedas de altura (36,3%) e as quedas da própria altura (62,7%), do que nas crianças do sexo feminino em que existe uma distribuição mais homogênea entre estes dois mecanismos de queda (queda de altura - 43,2% e queda da própria altura - 52,5%) (Tabela 16).

		Mecanismo de Queda			Total
		Queda Altura	Queda da Própria altura	Queda de objetos sobre a criança	
Sexo	Masculino	80	138	2	220
	Feminino	70	85	7	162
Total		150	223	9	382

p-value = **0,025**, sendo $<0,05$, logo a hipótese assumida é H_1 , existindo relação entre as variáveis, sendo que o **Mecanismo da Queda é variável consoante o Sexo da criança.**

Tabela 16 - Relação entre os Mecanismos de queda e o sexo das crianças

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados em SPSS Statistics 24.0

Apêndice 5

Questionários aplicados aos profissionais de enfermagem a prestar cuidados no serviço de internamento pediátrico no decorrer da atividade 2 do Projeto de Intervenção

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Questionário

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica propusemo-nos à realização de um projecto integrado na linha de investigação ‘Segurança e Qualidade de Vida’, subordinado à temática da Prevenção de Lesões não intencionais nas crianças, que tem como objetivo geral: Contribuir para a segurança das crianças até aos 4 anos de idade, no que respeita às lesões não intencionais, numa região do Alentejo.

No conceito simples da expressão ‘lesões não intencionais’ são definidas 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 às lesões não intencionais como 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. Os mecanismos de lesões não intencionais mais comuns em idade pediátrica são, o afogamento, as quedas, o envenenamento ou intoxicação, a aspiração e asfixia, as queimaduras e os acidentes envolvendo veículos a motor.

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 entendimento e envolvimento na problemática das lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos e seus mecanismos, por parte da equipa de enfermagem a exercer funções em serviço de internamento pediátrico, assim como averiguar quais os recursos existentes e utilizados no serviço para a capacitação dos pais/cuidadores que lhes permitam a criação de ambientes seguros e a consequente prevenção das lesões não intencionais.

Os dados recolhidos são meramente para fins académicos, estando salvaguardado o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados.

Agradecemos desde já a colaboração e consequente participação no projecto e disponibilizamo-nos para quaisquer esclarecimentos adicionais que possam ser necessários.

“Enquanto participante fui previamente informado acerca da possibilidade em participar ou recusar participar no estudo anteriormente mencionado, não advindo nenhum tipo de consequências independentemente da minha decisão.

Desta forma, e de livre consciência, aceito participar no estudo dando consentimento para a utilização dos dados para fins de investigação, confiando que serão tomadas todas as medidas para manter a confidencialidade e anonimato dos mesmos, conforme me foi garantido pelos investigadores”.

Participante _____

Lígia Tibério, Enfermeira e estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação -
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

e

Dulce Cruz, Professora Orientadora

Parte 1. Caracterização da Equipe de Enfermagem

Assinale com X a resposta que se adequa à sua situação:

1. Sexo

Feminino Masculino

2. Idade

20 – 40 anos

+ 40 anos

3. Habilitações Literárias

Bacharelato em Enfermagem

Licenciatura em Enfermagem

Pós-Graduação Qual: _____

Pós-Licenciatura: Especialização em Enfermagem Qual: _____

4. Tempo de Experiência profissional

0 - 4 anos 15 - 19 anos

5 - 9 anos >20 anos

10 - 14 anos

5. Tempo de Experiência profissional no presente serviço

0 – 5 anos

+ 5 anos

Parte 2. Percepção dos Enfermeiros relativamente às lesões não intencionais

Assinale com X a resposta que lhe pareça mais conveniente, de acordo com o seu nível de concordância, ou não, com o tópico.

	Concordo Plenamente	Concordo	Nem concordo, Nem discordo	Discordo	Discordo Plenamente
1. As lesões não intencionais são uma das principais causas de morbilidade nas crianças					
2. As lesões não intencionais não representam umas das principais causas mortalidade nas crianças					
3. As lesões não intencionais estão relacionadas com o desenvolvimento e crescimento das crianças					
4. As lesões não intencionais ocorrem pela interação da criança com o meio que a rodeia					
5. As lesões não intencionais dependem do meio em que a criança se encontra					
6. As lesões não intencionais dependem da faixa etária em que a criança se encontra					
7. As lesões não intencionais não são factor de internamento das crianças					
8. As lesões não intencionais dependem da capacitação dos pais					
9. Os enfermeiros assumem um papel importante na prevenção das lesões não intencionais					
10. As lesões não intencionais não provocam constrangimentos, pessoais, familiares e financeiros, às famílias					
11. As lesões não intencionais podem ser prevenidas pela implementação de medidas de prevenção					
12. As lesões não intencionais devem ser um dos focos de cuidados antecipatórios					
13. As lesões não intencionais devem estar integradas nos cuidados de preparação para a alta					

Assinale com X a resposta que lhe pareça mais conveniente, de acordo com o seu nível de atuação aquando da prestação de cuidados à criança e aos pais/cuidadores.

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
14. Aquando da prestação de cuidados, no contacto com os pais/cuidadores, realiza cuidados antecipatórios relativos às lesões não intencionais					
15. Aquando da prestação de cuidados, no contacto com os pais/cuidadores, realiza cuidados antecipatórios relativos às lesões não intencionais através do diálogo					
16. Aquando da prestação de cuidados, no contacto com os pais/cuidadores, realiza cuidados antecipatórios relativos às lesões não intencionais através do fornecimento de materiais informativos					
17. Na sua prática diária, ao prestar cuidados a crianças entres os 0 e os 6 meses de idade, realiza a capacitação dos pais/cuidadores relativamente à prevenção de lesões não intencionais					
18. Na sua prática diária, ao prestar cuidados a crianças entres os 7 e os 11 meses de idade, realiza a capacitação dos pais/cuidadores relativamente à prevenção de lesões não intencionais					
19. Na sua prática diária, ao prestar cuidados a crianças com 1 ano de idade, realiza a capacitação dos pais/cuidadores relativamente à prevenção de lesões não intencionais					
20. Na sua prática diária ao prestar cuidados a crianças com 2 anos de idade realiza a capacitação dos pais/cuidadores relativamente à prevenção de lesões não intencionais					
21. Na sua prática diária ao prestar cuidados a crianças com 3 anos de idade realiza a capacitação dos pais/cuidadores relativamente à prevenção de lesões não intencionais					
22. Na sua prática diária ao prestar cuidados a crianças com 4 anos de idade realiza a capacitação dos pais/cuidadores relativamente à prevenção de lesões não intencionais					
23. Na sua prática diária ao prestar cuidados às crianças realiza a capacitação dos pais/cuidadores relativamente à prevenção de queimaduras					
24. Na sua prática diária ao prestar cuidados às crianças realiza a capacitação dos pais/cuidadores relativamente à prevenção de quedas					
25. Na sua prática diária ao prestar cuidados às crianças realiza a capacitação dos pais/cuidadores relativamente à prevenção de intoxicações medicamentosas não voluntárias					

26. Na sua prática diária ao prestar cuidados às crianças realiza a capacitação dos pais/cuidadores relativamente à prevenção de intoxicações não voluntárias por contacto com químicos					
27. Na sua prática diária ao prestar cuidados às crianças realiza a capacitação dos pais/cuidadores relativamente à prevenção de lesões por entalão					
28. Na sua prática diária ao prestar cuidados às crianças realiza a capacitação dos pais/cuidadores relativamente à prevenção de sufocação e/ou asfixia					
29. Na sua prática diária ao prestar cuidados às crianças realiza a capacitação dos pais/cuidadores relativamente à prevenção de afogamento					
30. Na sua prática diária ao prestar cuidados às crianças realiza a capacitação dos pais/cuidadores relativamente à prevenção de lesões com veículos a motor					
31. Na sua prática diária ao prestar cuidados às crianças realiza a capacitação dos pais/cuidadores relativamente à prevenção de lesões com objectos cortantes/perfurantes					

32. No serviço onde presta cuidados existem documentos informativos para fornecer aos pais/cuidadores relativos a medidas preventivas de lesões não intencionais?

Não Sim

Se sim, quais?

Folheto

Poster

Guia

Outros Quais? _____

Que mecanismos causadores de lesões não intencionais abordam?

Obrigada pela colaboração!

Questionário elaborado com base nas informações presentes em:

- *Classificação Internacional de Causas Externas de Lesões (CICEL): Versão 1.2* (2004). Publicado para o Grupo de Coordenação e Manutenção da CICEL. Amsterdam, The Netherlands: Consumer Safety Institute. Adelaide, Australia: AIHW National Injury Surveillance Unit Flinders University.

- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1.

- 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. (2010). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes*. Lisboa: DGS. Acedido a 02 Maio 2018, em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes.aspx>

- 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. Acedido a 02 Maio 2018, em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn1/serIVn1a06.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. Acedido a 02 Maio 2018, em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn11/serIIIIn11a13.pdf>

Apêndice 6

Tabela de observação dos potenciais pontos potenciadores de Lesão não Intencional no
Serviço de Internamento Pediátrico

Check-list Segurança Infantil:

Serviço de Internamento Pediátrico

Local	Itens a ter em conta		Sim	Não
Quartos	Tomadas eléctricas	Longe do alcance das crianças		X
		Proteção		X
	Berços (grades com máximo 10cm entre si)		X	
	Proteção das quinas do mobiliário			X
	Janelas trancadas		X	
	Proteção das janelas (gradeamento vertical)		X	
As tomadas eléctricas encontram-se junto à cabeceira das camas/berço, de fácil acesso às crianças.				
Corredor	Tomadas eléctricas	Longe do alcance das crianças		X
		Proteção		X
	Presença de obstáculos - Carrinho de aquecimento da alimentação - Carrinho da empresa de limpeza		X	
	As tomadas eléctricas encontram-se cerca de 10cm acima dos rodapés, acessíveis às crianças.			
WC	Tipo de pavimento: antiderrapante			X
	Proteção antiderrapante nos pobibans		X	
	Porta mantêm-se fechada		X	

	A não existência de chão antiderrapante em todo o WC pode levar a situações de queda das crianças, em consequência de escorregarem.		
Copa	Porta mantêm-se fechada		X
	Produtos de limpeza devidamente acondicionados		X
	Produtos de limpeza fora do alcance		X
	Os produtos de limpeza, como o detergente da loiça encontram-se acondicionados num armário baixo, sem trancas nas portas, de fácil acesso às crianças.		
Sala dos Sujos	Porta mantêm-se fechada		X
	Produtos de limpeza devidamente acondicionados		X
	Produtos de limpeza fora do alcance		X
	Os produtos de limpeza das superfícies e wc, como lixívia, amoniacal, encontram-se acondicionados num armário baixo, sem trancas nas portas, sendo que alguns se encontram fora do armário. Para além disso a porta da sala nem sempre se encontra fechada.		
Sala de Trabalho de Enfermagem	Porta mantêm-se fechada		X

Apêndice 7

Sessão de sensibilização dos profissionais de enfermagem prestar cuidados no serviço de internamento no decorrer da atividade 4 do Projeto de Intervenção

Plano da Sessão de Sensibilização

Tema: Crianças Seguras, Famílias Felizes! – Ação de Sensibilização para a realidade das lesões não intencionais –

Data: 15 Janeiro 2019

Hora: 14h00 – 15h00

Local: [REDACTED] – Serviço de Internamento Pediatria

Destinatários: Profissionais de Enfermagem a prestar cuidados no serviço de internamento pediatria

Objetivo Geral: Sensibilizar a equipa de enfermagem a prestar cuidados no serviço de internamento pediátrico acerca da temática lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos de idade.

Formadora: Enfermeira Lígia Tibério

Crianças Seguras, Famílias Felizes!					
Crianças Seguras, Famílias Felizes! – Ação de Sensibilização para a realidade das lesões não intencionais –					
Tema da sessão:	Lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos de idade – A realidade na região Alentejo			Duração: 30min	
População-alvo:	Profissionais de Enfermagem a prestar cuidados no serviço de internamento pediatria	Data: Janeiro 2019		Horário: 14h00	
Local:	[REDACTED] – Serviço de Internamento Pediatria			Formadora: Enfermeira Lígia Tibério	
Objetivo Geral	- Sensibilizar a equipa de enfermagem a prestar cuidados no serviço de internamento pediátrico acerca da temática lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos de idade.				
Objetivos Específicos	- Definir o conceito de lesão não intencional nas crianças; - Divulgar a realidade das lesões não intencionais na região abrangida pelo [REDACTED] (pela Instituição Hospitalar onde foi efetivado o Estudo Observacional: ‘Lesões não intencionais em crianças dos 0 aos 4 anos de idade’); - Alertar os profissionais de enfermagem para os pontos potenciadores de lesão não intencional dentro do serviço de internamento de pediatria.				
Etapas	Conteúdo Programático	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos/Meios didáticos	Avaliação	Tempo
Introdução	- Apresentação da Formadora; - Apresentação da temática da sessão e objetivos	- Expositivo - Brain Storming	- PC e data show	Diagnóstica	5 minutos
Desenvolvimento	- Conceito de Lesões não intencionais nas crianças; - Os números das lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos de idade na área de abrangência do [REDACTED]; - Pontos potenciadores de lesões não intencionais nas crianças no espaço físico do Serviço de Internamento de Pediatria; - Importância dos cuidados antecipatórios.	- Expositivo e Interrogativo	- PC e data show	Formativa	20 minutos
Conclusão	- Síntese da sessão com avaliação; - Finalização da Sessão	- Expositivo - Interrogativo	- PC e data show - Questionário	Sumativa	5 minutos

Especialização em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica
Discente: Enfermeira Lígia Tibério
Orientadora Estágio: Enfermeira [REDACTED]
Docente Orientadora: Dulce Cruz

LESÕES NÃO INTENCIONAIS NAS CRIANÇAS

Uma realidade na região abrangida pelo [REDACTED]

Janeiro 2019

OBJETIVOS

o Geral:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem a prestar cuidados no serviço de internamento pediátrico acerca da temática lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos de idade.

o Específicos:

- Definir o conceito de lesão não intencional nas crianças;
- Divulgar a realidade das lesões não intencionais na região abrangida pelo Hospital [REDACTED];
- Alertar os profissionais de enfermagem para os pontos potenciadores de lesão não intencional dentro do serviço de internamento de pediatria.

LESÕES NÃO INTENCIONAIS

- “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

- Destacam-se como a primeira causa de causa de morte e de anos de vida potenciais perdidos por deficiência e incapacidade, nas crianças e jovens.

Direção-Geral da Saúde [DGS], 2016

- São preveníveis com a implementação de medidas de prevenção antecipatórias.



LESÕES NÃO INTENCIONAIS EM PORTUGAL

- Entre **2011 e 2015 morreram** aproximadamente **340 crianças e jovens** vítimas de lesões não intencionais.
- Entre **2012 e 2016** foram registados aproximadamente **24.700 internamentos** em consequência de lesões não acidentais.
- Entre **2013 e 2016** foram registadas aproximadamente **100 mil chamadas de emergência** (112) reencaminhadas para os centros de orientação de doentes urgentes do INEM devido a acidentes, com crianças e jovens, o que representa quase **38% do total de chamadas entre os 0 e os 18 anos**.

APSI, 2017

‘Qual a realidade da problemática das lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos de vida numa região do Alentejo?’

AS LESÕES NÃO INTENCIONAIS NO

Recorrências ao
SUP

Ano 2017

Crianças entre
os
0 - 4 anos

Fluxograma
indicativo de
lesão não
intencional

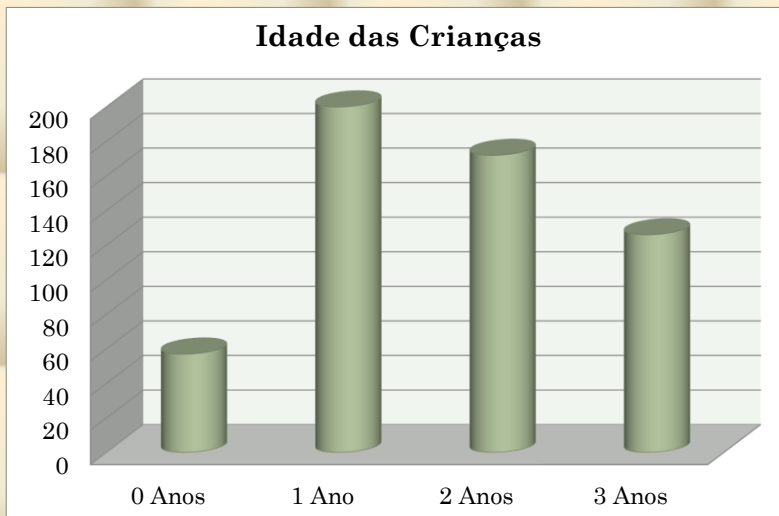
AS LESÕES NÃO INTENCIONAIS NO

Ano
2017

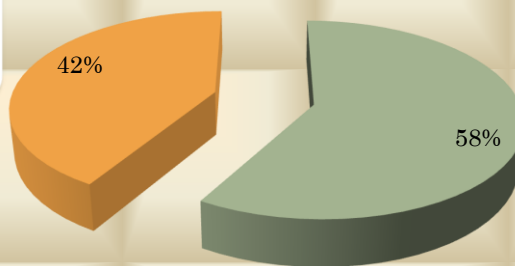
9723 recorrências ao SUP

684 recorrências ao SUP
por Lesão não intencional

AS LESÕES NÃO INTENCIONAIS NO



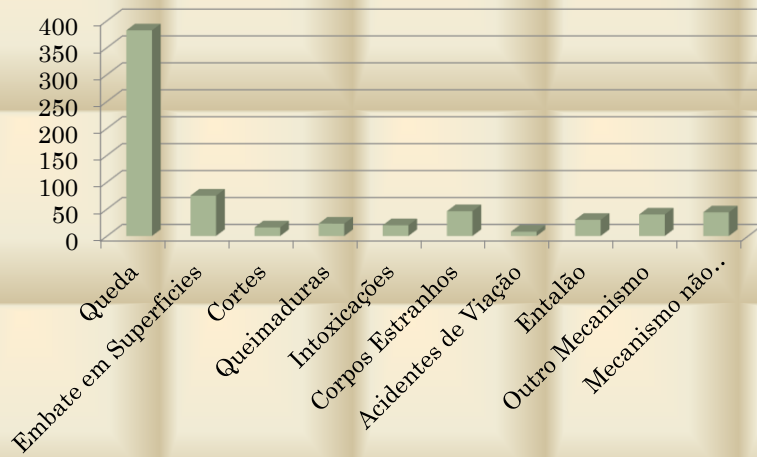
AS LESÕES NÃO INTENCIONAIS NO



Masculino Feminino

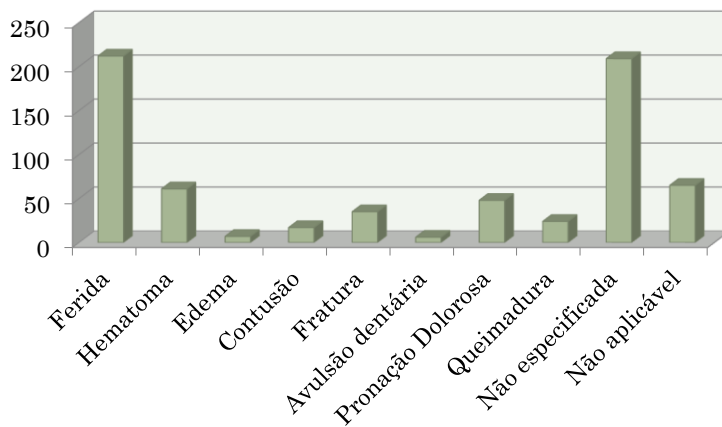
AS LESÕES NÃO INTENCIONAIS NO

■ Mecanismo de Lesão

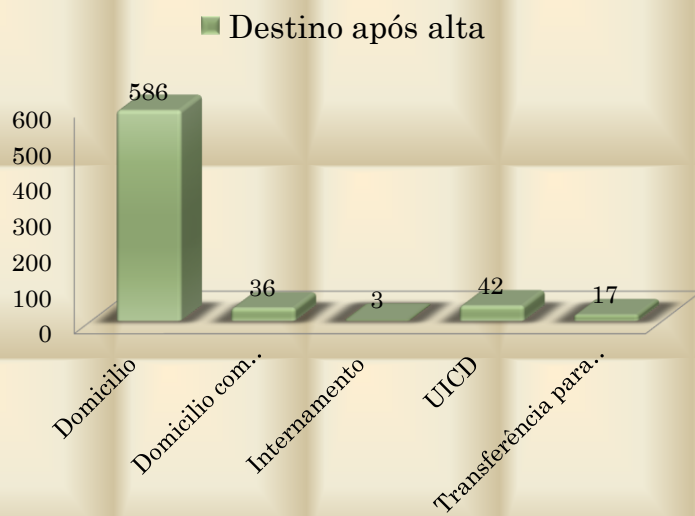


AS LESÕES NÃO INTENCIONAIS NO

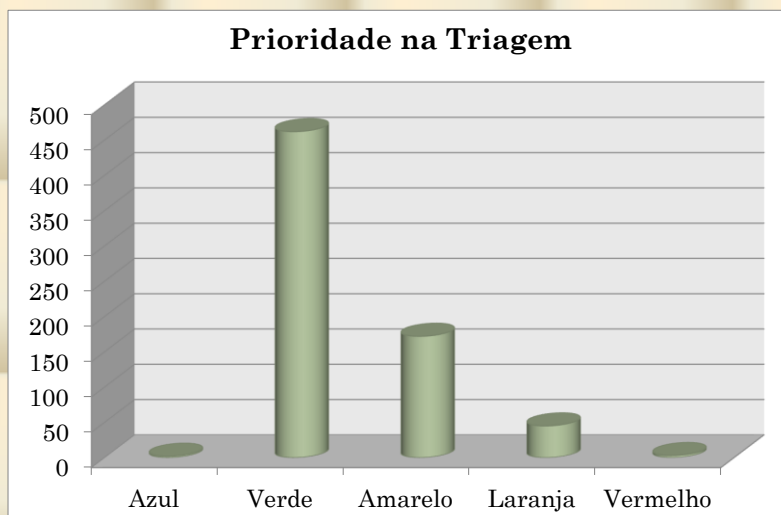
Lesões Consequentes



AS LESÕES NÃO INTENCIONAIS NO



AS LESÕES NÃO INTENCIONAIS NO

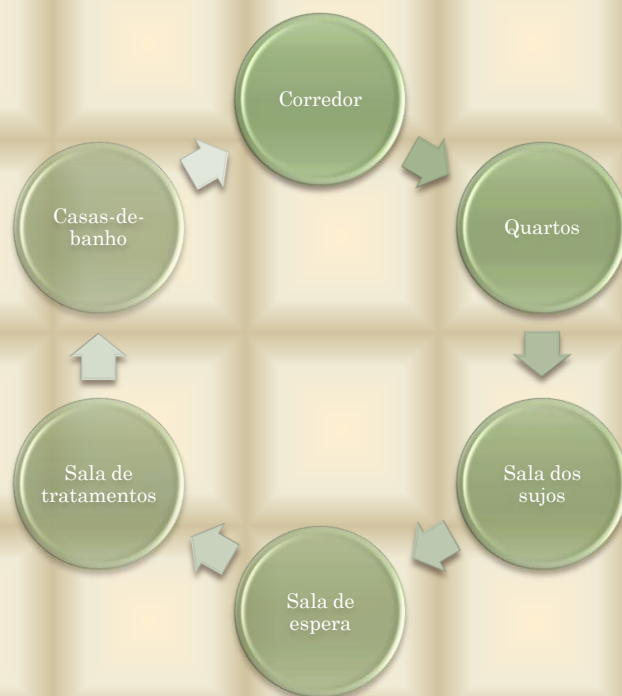


AS LESÕES NÃO INTENCIONAIS NO []

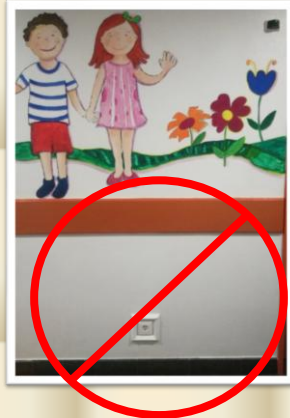
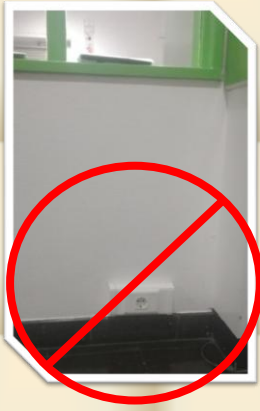


SERVIÇO DE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO DO []

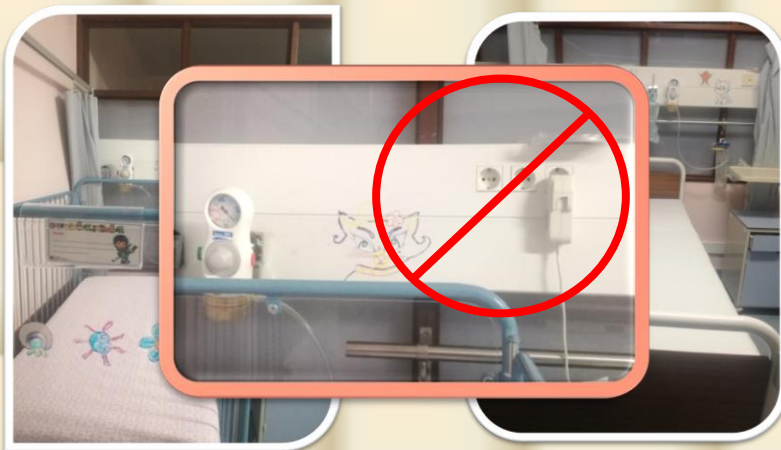
○ Quais os pontos potenciadores de lesão não intencional nas crianças durante o período de internamento?



PONTOS SENSÍVEIS - CORREDOR



PONTOS SENSÍVEIS - QUARTOS



COMO PREVENIR?



PONTOS SENSÍVEIS - QUARTOS



COMO PREVENIR?



PONTOS SENSÍVEIS – SALA DOS SUJOS



COMO PREVENIR?



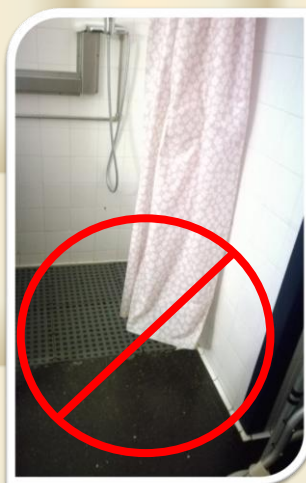
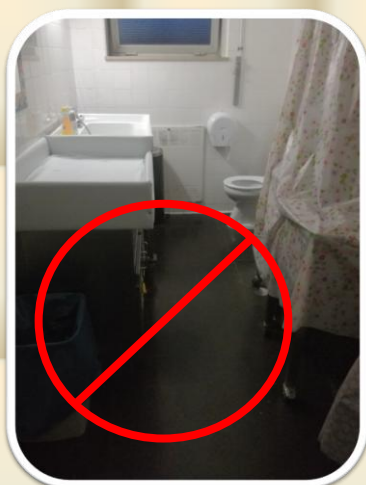
PONTOS SENSÍVEIS – SALA DE ESPERA



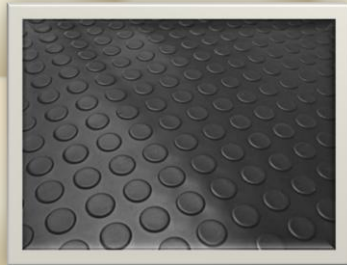
PONTOS SENSÍVEIS – SALA DE TRATAMENTOS



PONTOS SENSÍVEIS – CASA-DE-BANHO



COMO PREVENIR?



CONCLUSÕES

- As lesões não intencionais nas crianças são uma realidade;
- É essencial intervir na promoção da sua prevenção:
 - Capacitando os pais/cuidadores por forma a contribuir para a diminuição do número de lesões;
 - Equipando os ambientes em que as crianças permanecem com meios preventivos.



OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!



Apêndice 8

Questionários aplicados após sessão de sensibilização no decorrer da atividade 4 do
Projeto de Intervenção

Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação da Sessão Formativa:

Crianças Seguras, Famílias Felizes! – Ação de Sensibilização para a realidade das lesões não intencionais –

Nome do Formando (facultativo): _____

Para cada item preencha o quadro de acordo com a sua opinião

1- Conteúdos programáticos e métodos

	1. Insuficiente	2. Suficiente	3. Bom	4. Muito Bom
1. Conteúdos da ação de formação				
2. Estrutura dos conteúdos				
3. Interesse/utilidade dos conteúdos				
4. Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados				
5. Equilíbrio entre a exposição teórico-prática				
6. Duração da ação de formação (adequação do tempo ao programa)				

2 – Formadora

	1. Insuficiente	2. Suficiente	3. Bom	4. Muito Bom
7. Domínio e Clareza na exposição da(s) matéria(s) tratadas(s) na ação de formação.				
8. Estímulo à participação dos/as formandos/as nas sessões.				
9. Relacionamento com os/as formandos/as.				
10. Capacidade de motivar para os conteúdos lecionados.				

11. Documentação e bibliografia suficiente e adequada.				
12. Pontualidade/ cumprimento do horário das sessões.				

3 – Organização

	1. Insuficiente	2. Suficiente	3. Bom	4. Muito Bom
13. Qualidade e adequação das instalações e equipamentos				
14. Condições físicas (salas, acessibilidades)				
15. Horário da Formação				

4 – Avaliação global de formação

	1. Insuficiente	2. Suficiente	3. Bom	4. Muito Bom
16. Concretização dos objetivos propostos				
17. Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos.				
18. O nível das matérias tratadas foi adequado ao seu nível de conhecimento.				

5 – Críticas/sugestões/comentários

Obrigada pela colaboração!

Avaliação da Sessão Formativa:

Crianças Seguras, Famílias Felizes! – Ação de Sensibilização para a realidade das lesões não intencionais –

Para cada item preencha o quadro de acordo com a sua opinião

	Concordo Plenamente	Concordo	Nem concordo, Nem discordo	Discordo	Discordo Plenamente
1. As lesões não intencionais são frequentes nas crianças					
2. As lesões não intencionais são uma das principais causas de ocorrência aos Serviços de Urgência Pediátrica					
3. As lesões não intencionais devem ser motivo de preocupação por parte dos profissionais					
4. Para a redução do número de lesões não intencionais é importante a implementação de medidas de prevenção					
5. Para a redução do número de lesões não intencionais é importante a implementação de medidas de prevenção em todos os locais frequentados por crianças					
6. Perante os dados apresentados considero que é essencial uma mudança de comportamento e uma maior realização de cuidados antecipatórios					

Obrigada pela colaboração!

Apêndice 9

Sessão de Educação para a Saúde ‘Crianças Seguras, Famílias Felizes! – Prevenção de Acidentes com Crianças em Ambiente Doméstico – Primeiro ano de vida –‘

Plano da Sessão de Educação para a Saúde

Tema: Crianças Seguras, Famílias Felizes! – Prevenção de Acidentes com Crianças em Ambiente Doméstico – Primeiro ano de vida –

Data: 18 Junho 2018

Hora: 17h00 às 18h00

Local: Unidade da Saúde Familiar [REDACTED]

Destinatários: Pais e/ou cuidadores de crianças até 1 ano de idade

Objetivo Geral: Capacitar os pais/cuidadores de crianças até 1 ano de idade acerca ambientes seguros em ambiente doméstico.

Formadora: Enfermeira Lígia Tibério

Crianças Seguras, Famílias Felizes!					
Prevenção de Acidentes com Crianças em Ambiente Doméstico – Primeiro ano de vida –					
Tema da sessão:	Prevenção de acidentes domésticos em crianças até 1 ano de idade				Duração: 60min
População-alvo:	Pais e/ou cuidadores de crianças até 1 ano de idade	Data: 18 Junho 2018		Horário: 17h00-18h00	
Local:	Unidade da Saúde Familiar [REDACTED]			Formadora: Enfermeira Lúcia Tibério	
Objetivo Geral	- Capacitar os pais/cuidadores de crianças até 1 ano de idade acerca ambientes seguros em ambiente doméstico.				
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Elucidar os pais/cuidadores para o constante desenvolvimento das crianças durante o primeiro ano de vida; - Explicar aos pais/cuidadores o conceito de lesão não intencional; - Alertar os pais/cuidadores para os diferentes mecanismos de lesões não intencionais que podem ocorrer nas atividades do dia-a-dia; - Fornecer mecanismos que permitam aos pais/cuidadores manter as crianças em ambientes seguros em ambiente doméstico. 				
Etapas	Conteúdo Programático	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos/Meios didáticos	Avaliação	Tempo
Introdução	- Apresentação da Formadora; - Apresentação da temática da sessão e objetivos	- Expositivo	- PC e data show	- Diagnóstica	10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Características do crescimento e desenvolvimento das crianças no primeiro ano de vida; - Definição de Lesão não intencional; - Abordagem dos mecanismos de lesão não intencional mais incidentes; - Abordagem de mecanismos de prevenção das lesões não intencionais e criação de ambientes seguros. 	- Expositivo e Interrogativo	- PC e data show	- Formativa	35 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese da sessão com avaliação; - Finalização da Sessão 	<ul style="list-style-type: none"> - Interrogativo - Expositivo 	- PC e data show	- Sumativa	10 minutos

Prelectora: Enfermeira Lúgia Tibério, a frequentar o curso de
Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria 2017/2019



Crianças Seguras, Famílias Felizes!

Prevenção de Acidentes com crianças em Ambiente Doméstico - Primeiro ano de vida -



Crianças

Seres vulneráveis

Dependentes dos cuidados dos pais

Constante crescimento e desenvolvimento

Desenvolvem-se em iteração com o meio e com as pessoas que lhes estão próximas

Crianças

Entre os 0 e os 4 meses

O bebé apresenta **reflexos involuntários** que vão fazer com que o mesmo se **volte** quando deitado sobre uma superfície e que o **impulsionam** para a frente e para trás, como uma lagarta.
Vai ganhando progressivamente a capacidade de agarrar os objetos próximos.

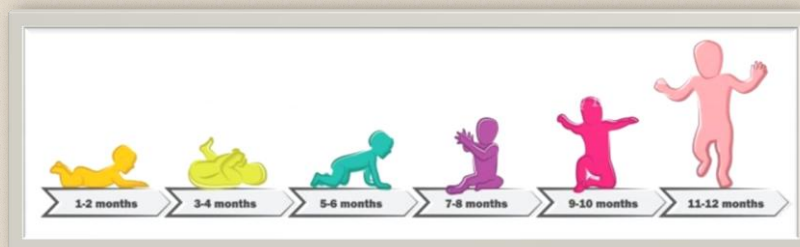
Entre os 4 e os 7 meses

O bebé **vira-se facilmente, senta-se, rasteja para trás** de forma voluntária, **agarra, manipula e leva objetos à boca**.

Crianças

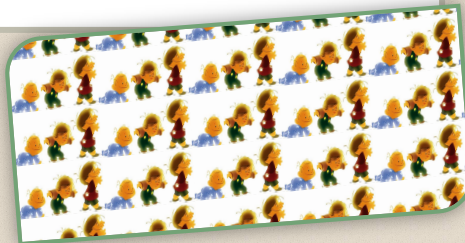
Entre os 8 e os 12 meses

O bebé **rasteja, gatinha, começa a levantar-se**, inicialmente agarrado aos moveis e posteriormente sem ajuda; **começa a andar** e a trepar, explora o espaço e os objetos, recolhe pequenos objetos



Características das crianças

- Descoberta do mundo, procura e desenvolvimento da autonomia;
- Curiosidade quase ilimitada;
- Ausência da noção de perigo e do risco potencial dos objectos e das situações;
- Uso dos cinco sentidos para conhecer o mundo, incluindo a necessidade imperiosa de mexer nos objectos e de os levar à boca;



Características das crianças

- Desenvolvimento das capacidades motoras: rebolar » sentar » gatinhar » andar » correr » trepar » etc..
- Encontram-se em constante actividade;
- Grande capacidade de movimentos coordenados, como segurar objectos pequenos, levar à boca, mexer com pormenor;
- Desejo de imitar o que os adultos fazem, designadamente os pais, como modelos a copiar.



Crianças

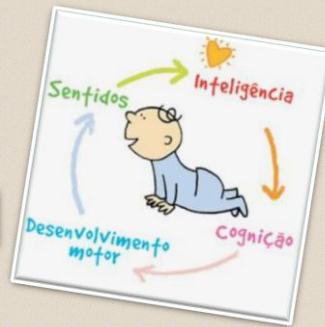
Infância



Idade da descoberta



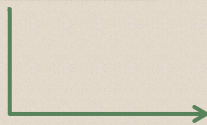
Curiosidade natural das crianças constitui o impulso para o conhecimento do meio que as rodeia, sendo um elemento benéfico no seu desenvolvimento.



Crianças



Crescimento e desenvolvimento



Exploração do ambiente envolvente com todos os sentidos

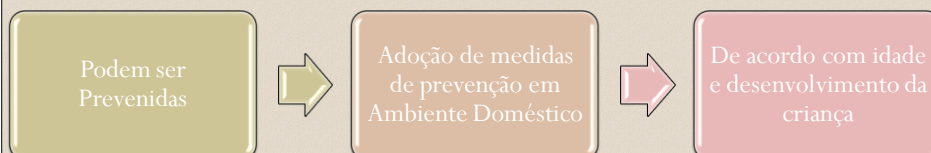


Exposição a perigos



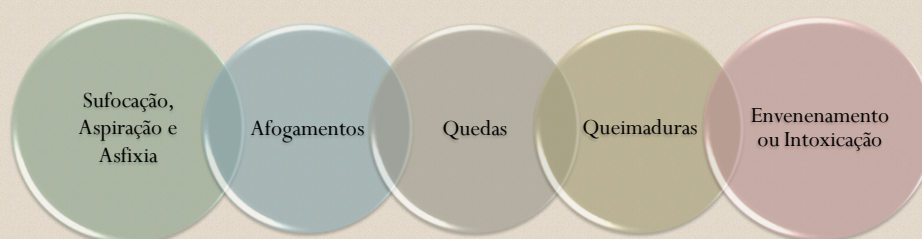
Lesões não intencionais - Acidentais

A lesão ocorre da interação da criança com **o meio** que a rodeia, que **é pouco fiável e recheado de armadilhas;**



Devem ser aplicadas as medidas de prevenção não só na casa onde a criança vive, mas também nas que frequenta, como a casa dos avós.

Tipos de lesões não acidentais



Sufocação, Aspiração e Asfixia

No processo de desenvolvimento a criança leva tudo para a boca, tendo a tendência para engolir.

Podendo levar ao engasgamento e à asfixia.

Pode ser causada por:

- **Alimentos:** frutos secos, ervilhas, cenoura, pedaços de comida demasiado grandes;
- **Objetos:** moedas, pilhas, berlindes, botões, partes de brinquedos, e até agulhas, alfinetes e pregos;
- Pode também ocorrer pela introdução de alimentos e/ou objetos no nariz.



Sufocação, Aspiração e Asfixia

Prevenção:

- Nunca dar de **comer** ou beber com o **bebé/criança deitado**;
- **Não dar comida** ou bebida à criança com esta a correr, rir ou chorar, ou com o carro em andamento;
- **Partir bem os alimentos**, tendo sempre em conta a idade da criança e a capacidade de mastigação;
- Dar **pouca comida de cada vez** e incentivar a mastigação;
- Ter em atenção à **presença de 'fios'** da comida — fiambre, espargos, alho francês, etc;



Sufocação, Aspiração e Asfixia

Prevenção:

- Manter **objetos pequenos fora do alcance**;
- Ter atenção aos **brinquedos** que devem ser adequados à faixa etária e com a **marca CE**: sem peças pequenas, que não libertem muito pelo;
- **Não** colocar **colares, lenços** em volta do pescoço;
- Remover os fios presentes nos brinquedos;
- Manter os **mobiles** suspensos no berço e **fora do alcance** da criança;
- Manter **os sacos de plástico** guardados e **fora do alcance** da criança;



Sufocação, Aspiração e Asfixia

Prevenção:

- **Não** deixar bebés **sozinhos nos carrinhos**, pois podem deslizar e ficar presos pela cabeça;
- Ter em **atenção roupas com atilhos** em volta do pescoço e que podem ficar presas;
- Respeitar **intervalos entre as grades** da cama e proteções de escada – **Máximo 10cm**;
- **Não** colocar as crianças a **dormir com os pais**;
- **Não atafulhar a cabeceira do berço** com brinquedos, mantas e almofadas;
- **Não** colocar o bebé a **dormir de barriga para baixo**;
- Utilizar **chupeta** com o **tamanho adequado** à criança.

Afogamentos

A parte de cima do corpo da criança é mais pesada do que o resto do corpo, levando a que as crianças não consigam retirar a cabeça de dentro de água.

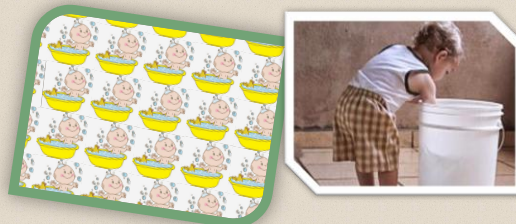
Uma criança pode afogar-se numa pequena quantidade de água, bastando apenas 20cm = um palmo!



Afogamentos

Prevenção:

- **Supervisão constante** aquando do **banho**, nunca deixando a criança sozinha;
- Manter a **porta da casa de banho e tampa da sanita fechados**;
- Manter **torneiras bem fechadas**;
- **Nunca deixar** baldes, lavatórios, banheiras com **águas residuais**;



Afogamentos

Prevenção:

- **Supervisão constante** em locais com **piscinas e lagos**;
- Colocar **barreiras de proteção nas piscinas**;
- **Utilizar braçadeiras** em piscinas, lagos, mas sempre com supervisão de um adulto;
- **Ter atenção** à utilização de **bóias, colchões ou pequenos barcos**, pois **são perigosos**, voltam-se facilmente.



Quedas

Nos **primeiros meses de vida**, desde o dia do nascimento, o **perigo** reside nas quedas associadas ao rolamento ou serpentear da criança, que potênciam a **queda de camas, sofás, muda-fraldas**.

Ao **começar a gatinhar e a andar** a criança explora o mundo que a rodeia sem ter noção dos perigos: **trepam para os móveis**, e os **gradeamentos das varandas**, espreitam pelas janelas.



Quedas

Prevenção:

- **Não** deixar a **criança sozinha** em cima de camas, sofás, muda fraldas, nem por uns segundos, deve reunir tudo o que necessita antes de colocar a criança na superfície;
- Manter sempre **supervisão** da criança, especialmente quando começa a gatinhar » andar » trepar;
- Utilizar preferencialmente **sapatos apertados com velcro**;
- **Não utilizar andarilhos**;



Quedas

Prevenção:

- **Manter os cintos** da cadeirinha, espreguiçadeira sempre **colocados**;
- **Pousar a cadeirinha** – Ovo, ou alcofa **sempre no chão** e nunca sobre os móveis;
- Manter a **cadeira da alimentação** de preferência **encostada à parede** e sempre com o **cinto apertado**, evitar também que os pés do bebé cheguem a alguma superfície que possa dar o impulso para que a cadeira caia para trás;
- Colocar **material antiderrapante nos tapetes**;
- Realizar a **fixação dos móveis à parede**;
- **Proteger os cantos** mais agressivos do **mobiliário**;



Quedas

Prevenção:

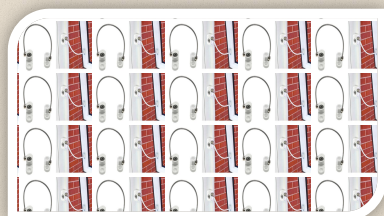
- Manter televisões, aquários, ou outros **objetos pesados** e instáveis o **mais recuados** possível, para evitar que a criança puxe e lhe caiam em cima;
- Colocar **proteção** – gradeamento – no topo e início das **escadas**;
- As **varandas** devem ser equipadas com **gradeamento com barras verticais**, onde a criança não consiga passar nenhuma parte do corpo;



Quedas

Prevenção:

- Proteger **janelas com limitadores** de abertura;
- **Não colocar móveis**, que as crianças possam trepar, **junto de janelas**.



Queimaduras

Pode ser causada por:

- **Líquidos quentes:** tachos, frigideiras, chávenas de chá, leite ou café, sopa;
- **Lareira e barbecues:** Chamas, brasas, brincadeiras com fósforos;
- **Objetos quentes:** portas de fornos, recuperadores, salamandras, aquecedores, pequenos electrodomésticos;
- **Eletricidade:** Tomadas desprotegidas, fichas sobreaquecidas, fios eléctricos degradados;
- **Inalação de fumo, gazes ou vapores aquecidos:** a criança apresenta dificuldade em respirar, tosse e rouquidão.

Queimaduras

Prevenção:

- **Testar** sempre a **temperatura da água** do banho;
- Na preparação do banho **colocar primeiro a água fria** e ir temperando com a quente, misturando antes de colocar a criança;
- **Avaliar** sempre a **temperatura dos líquidos** – como leite – antes de dar à criança.



Queimaduras

Prevenção:

- Deixar os **cabos dos utensílios de cozinha** – tachos, frigideiras – **virados para as costas do fogão e para o centro da mesa**;
- **Não cozinhar ou comer** alimentos quentes – como líquidos aquecidos – **com a criança ao colo**;
- Manter a **toalha da mesa fora do alcance** da criança para evitar puxões;



Queimaduras

Prevenção:

- Colocar **protecções** em frente e em redor de **lareiras, salamandras, fornos**;
- Manter **objetos quentes e incandescentes** – aquecedores, velas, etc. - **fora do alcance** da criança;
- Manter os **fios eletricos e extensões escondidos** ou fora do alcance da criança;
- Colocar **protecções** ou tampas de plástico nas **tomadas elétricas**; ou colocar movés em frente das tomadas;
- Manter os **pequenos electrodomésticos desligados** e longe do alcance quando não estiverem em uso;
- **Fumar longe da criança.**



Envenenamento e Intoxicação

Pode ser causada por:

- Medicamentos;
- Cosméticos;
- Bebidas alcoólicas;
- Produtos de limpeza;
- Plantas;
- Pesticidas, herbicidas;
- Pilhas;
- Gás.



Envenenamento e Intoxicação

Prevenção:

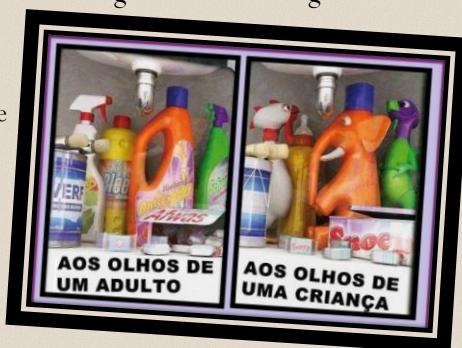
- Manter fora do alcance da criança:
 - medicamentos;
 - produtos de cosmética;
 - bebidas alcoólicas;
 - produtos de limpeza;
 - pesticidas, herbicidas;
 - pilhas.
- Manter plantas penduradas ou em superfícies altas longe do alcance da criança;



Envenenamento e Intoxicação

Prevenção:

- Não aplique raticidas ou outros pesticidas em locais acessíveis às crianças;
- Feche as embalagens e guarde os produtos imediatamente após o uso;
- Não guardar produtos tóxicos em embalagens familiares – garrafas de sumo, etc;
- Descartar embalagens de produtos tóxicos de forma a que a criança não as alcance;
- Não dê embalagens vazias às crianças para brincar.



Para Guardar na Memória!

A segurança das crianças está nas nossas mãos!

Desde cedo deve começar a preparar a casa para a criança, que cresce e se desenvolve rapidamente.





Obrigada pela vossa atenção!

Apêndice 10

Folheto ‘Crianças Seguras, Famílias Felizes! – Prevenção de Acidentes com Crianças em Ambiente Doméstico – Primeiro ano de vida –‘

Crianças

- Curiosidade quase ilimitada;
- Ausência da noção de perigo e do risco potencial dos objectos e das situações;
- Uso dos cinco sentidos para conhecer o mundo, incluindo a necessidade imperiosa de mexer nos objectos e de os levar à boca;
- Desenvolvimento das capacidades motoras.



A segurança das crianças está nas nossas mãos!

- Desde cedo deve começar a preparar a casa para a criança, que cresce e se desenvolve rapidamente.
- Devem ser aplicadas as medidas de prevenção não só na casa onde a criança vive, mas também nas que frequenta, como a casa dos avós.

Contactos de Emergência:

Emergência Médica: 112

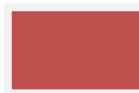
Centro de Informação Anti-Venenos:

808 250 143



Crianças
Seguras,
Famílias
Felizes!

Prevenção de Acidentes
com crianças em
Ambiente Doméstico
- Primeiro ano de vida -



Elaborado por: Enfermeira Lígia Tibério, do curso de
Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria 2017/2019

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Dos 0 aos 4 meses

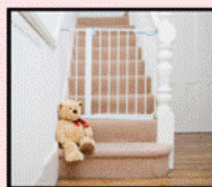
- Nunca dar o biberão com o bebé deitado;
- Antes de dar o leite, verifique a temperatura no pulso;
- Ao preparar o banho, coloque a água fria antes da quente e misture;
- Verifique a temperatura da água do banho, no pulso antes de molhar o bebé;
- Durante o banho esteja sempre com o bebé;
- Não beba ou transporte líquidos quentes com o bebé ao colo;
- Quando no ovo ou espreguiçadeira mantenha sempre os cintos adaptados;
- Coloque sempre o ovo no chão;



- Nunca deixe o bebé sozinho em cima da cama, sofá ou muda fraldas, mesmo que esteja a dormir;
- Não dê medicamentos às escuras e confirme a embalagem e as doses antes de os dar;
- Não coloque almofadas, fraldas, brinquedos, laços ou fitas na cama do bebé;
- Não coloque colares ou cordões ao pescoço do bebé.

Dos 5 aos 8 meses

- As medidas descritas anteriormente, mais:
- Coloque cancelas no primeiro e último degrau das escadas;
- Não prepare refeições com o bebé na cozinha;
- Verifique a temperatura do leite, da sopa ou papa antes de a dar ao bebé;
- Dar pouca comida de cada vez e incentivar a mastigação;
- Não dar comida ou bebida à criança com esta a correr, rir ou chorar;
- Manter a cadeira da alimentação encostada à parede, sempre com o cinto apertado e evitar também que os pés do bebé cheguem a alguma superfície que possa dar o impulso para que a cadeira caia para trás;
- Proteja as lareiras e não as deixe acesas sem vigilância;
- Não utilizar andarilhos;
- Mantenha em local inacessível produtos tóxicos como: detergentes, medicamentos, bebidas alcoólicas, pilhas, cosméticos, plantas;
- Coloque proteções nas tomadas eléctricas;



- Guarde os detergentes logo após a sua utilização;
- Não coloque produtos tóxicos dentro de embalagens comuns, como garrafas de sumo, caixas de papa, etc.;
- Mantenha objetos de pequenas dimensões, balões e sacos de plástico fora do alcance da criança.



Dos 8 aos 12 meses

- As medidas descritas anteriormente, mais:
- Não deixe águas residuais em baldes e alguidares ou na banheira;
- Aplique limitadores de abertura nas janelas gradeamento vertical nas varandas;
- Não dê ao bebé alimentos duros e lisos;
- Parta os alimentos sólidos em pedaços pequenos, tendo sempre em conta a idade da criança e a capacidade de mastigação;
- Retire espinhas e caroços;
- Não deixe líquidos quentes na mesa ou nas extremidades das bancadas;
- Deixar as pegas das panelas e frigideira voltadas para o centro do fogão e da mesa.



Apêndice 11

Poster ‘Chegou o Bom Tempo! O que fazer para proteger?’

Chegou o Bom Tempo!



O que fazer para proteger?



Com a chegada do Bom Tempo aumentam as brincadeiras e o tempo passado no exterior. O sol tem efeitos benéficos sobre a saúde, fornecendo vitamina D e energia, no entanto é importante realizar uma exposição controlada e de forma segura.

Para manter a sua criança segura, deve:

- ❊ Evitar a exposição solar direta nas horas de maior intensidade;
- ❊ Evitar expor as crianças entre as 11 e as 17 horas, sendo que as crianças até aos 2 anos não devem ser expostas directamente ao sol;
- ❊ Programar as actividades ao ar livre, como idas ao parque, à praia ou à piscina, passeios, brincadeiras no exterior, para a manhã ou fim da tarde;
- ❊ Utilizar **vestuário adequado** que cubra a maior extensão possível de pele: "t-shirt" de algodão de cor escura, calções;
- ❊ Utilizar **chapéu**, preferencialmente com abas largas;
- ❊ Utilizar **óculos de sol** apropriados para a protecção dos olhos da radiação solar;
- ❊ Na praia as crianças devem brincar resguardadas do sol, como por exemplo por um guarda-sol;
- ❊ Aplicar um **protector solar de factor 30 ou superior**, quinze a trinta minutos antes da exposição ao sol e **repetir a aplicação de 2 em 2 horas e sempre após banho**. Não esquecer de **proteger os lábios, orelhas, mãos e dorso e planta dos pés**, especialmente na praia ou piscina;
- ❊ É essencial fazer **reforço da hidratação**, devendo incentivar a **ingestão de água e o consumo de frutas, legumes**;
- ❊ Para a protecção da pele é também importante a **aplicação de loção hidratante pós-solar** diariamente após o banho.



CURIOSIDADES:

- * A radiação ultra violeta incide de vários ângulos e não vem apenas "de cima", por isso mesmo protegidos debaixo de um guarda-sol as crianças estão expostas.
- * 3 horas à sombra de um guarda-sol, representam o mesmo que 1 hora expostas ao sol direto.
- * Nos dias nublados a radiação solar passa através das nuvens, por isso o uso de protector solar não pode ser dispensado.
- * Roupa molhada no corpo pode deixar passar os raios ultravioleta.

Elaborado por: Enfermeira Lígia Tibério, do curso de Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria 2017/2019

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Apêndice 12

Folheto ‘Chegou o Bom Tempo! O que fazer para proteger?’



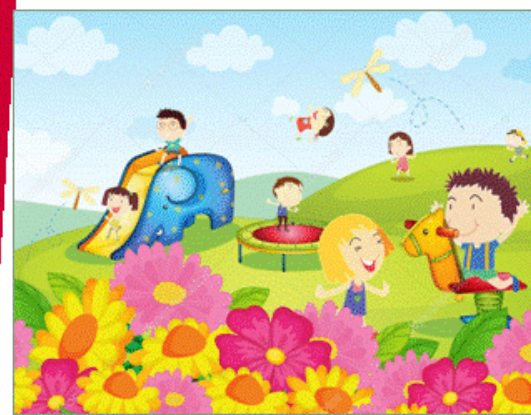
Com a chegada do Bom Tempo aumentam as brincadeiras e o tempo passado no exterior. O sol tem efeitos benéficos sobre a saúde, fornecendo vitamina D e energia, no entanto é importante realizar uma exposição controlada e de forma segura.

Prevenir é o ponto de partida para ter Crianças Seguras e Felizes!



Chegou o Bom Tempo!

O que fazer para proteger?



Elaborado por: Enfermeira Lúgia Tibério, do curso de Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria 2017/2019

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



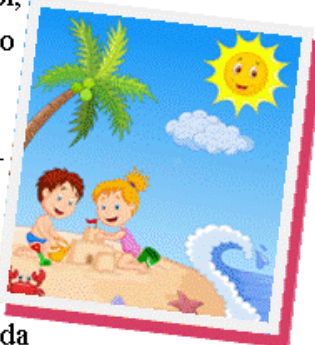
Para manter a sua criança segura, deve:

- ☀ Evitar a exposição solar direta nas horas de maior intensidade;
- ☀ Evitar expor as crianças entre as **11 e as 17 horas**, sendo que as crianças até aos 2 anos não devem ser expostas directamente ao sol;
- ☀ Programar as **actividades ao ar livre**, como idas ao parque, à praia ou à piscina, passeios, brincadeiras no exterior, para a **manhã ou fim da tarde**;



- ☀ Utilizar **vestuário adequado** que cubra a maior extensão possível de pele: “t-shirt” de algodão de cor

- ☀ Utilizar **chapéu**, preferencialmente com abas largas;
- ☀ Utilizar **óculos de sol** apropriados para a protecção dos olhos da radiação solar;
- ☀ Na praia as crianças devem brincar resguardadas do sol, como por exemplo por um guarda-sol;
- ☀ Aplicar um **protector solar de factor 30 ou superior**, quinze a trinta minutos antes da exposição ao sol e **repetir a aplicação de 2 em 2 horas e sempre após banho**. Não esquecer de **proteger os lábios, orelhas, mãos e dorso e planta dos pés**, especialmente na praia ou piscina;
- ☀ É essencial fazer **reforço da hidratação**, devendo incentivar a **ingestão de água e o consumo de frutas, legumes**;
- ☀ Para a protecção da pele é também importante a **aplicação de loção hidra-**



CURIOSIDADES:

- * A radiação ultra violeta incide de vários ângulos e não vem apenas “de cima”, por isso mesmo protegidos debaixo de um guarda-sol as crianças estão expostas.
- * 3 horas à sombra de um guarda-sol, representam o mesmo que 1 hora expostas ao sol direto.
- * Nos dias nublados a radiação solar passa através das nuvens, por isso **o uso de protector solar não pode ser dispensado**.
- * Roupa molhada no corpo pode deixar passar os raios ultravioleta.

Apêndice 13

‘Guia aos pais e cuidadores para manter os bebés em ambientes seguros, nos primeiros meses de vida de vida.’

Crianças Seguras, Famílias Felizes!



Guia aos pais e cuidadores para manter os bebés em ambientes seguros, nos primeiros meses de vida de vida.

Chegou o tão aguardado momento. **O regresso a casa na companhia do bebé!**

Muitas são as incertezas e dúvidas que assaltam os pensamentos dos pais.

Deixamos aqui algumas informações com o objetivo de ajudar a manter o seu bebé em segurança nas mais diversas atividades que vão povoar os seus dias, nos próximos meses e na prestação de cuidados ao seu bebé.

Prevenção de Quedas

As quedas podem ocorrer desde o dia do nascimento.

Nos primeiros meses de vida, o **perigo reside** nas quedas associadas aos **movimentos involuntários realizados pelo bebé**. Este ao movimentar os braços e as pernas promove a propulsão do corpo e consequente deslocamento do mesmo.

Vai também **adquirindo** progressivamente a **capacidade de agarrar os objetos próximos**, podendo provocar a queda dos mesmos sobre si.

Ao realizar a muda da fralda ou o banho, deve:

- **Reunir todo o material necessário** — roupas, fralda, cremes, água do banho, entre outros — **atempadamente** para não ter de se ausentar, nem por um segundo;
- **Manter sempre uma mão sobre o bebé.**



No dia a dia:

- **Nunca deve deixar a criança sozinha**, nem por uns segundos, **sobre superfícies** como: camas, mesas, sofás, muda fraldas;
- **Deve manter sempre os cintos colocados e na posição correcta**, quando o bebé se encontra na cadeira de transporte (ovinho), no carrinho de passeio ou na espreguiçadeira;
- **Deve colocar a cadeirinha de transporte e a espreguiçadeira sempre apoiadas no chão e nunca sobre superfícies** — moveis, sofás, cama, entre outras superfícies;
- **O local mais apropriado para manter a criança é a cadeira de transporte, o berço, o carrinho de passeio ou a espreguiçadeira** (com todas as medidas de segurança acauteladas), **ou no chão** sobre uma manta.

É importante ter em atenção ao espaçamento entre as barras do gradeamentos do berço e à profundidade a que o colchão se encontra!

- O espaço entre o colchão e o topo do gradeamento do berço deve ser: de **60cm** quando medido do fundo do colchão ou de **50cm** quando medido do topo do colchão;

- As barras do gradeamento da cama devem **distanciar entre si no mínimo 5 e no máximo 9cm**, para evitar que o bebé passe entre eles ou fique entalado.



O que fazer em situação de Queda?

Devido à anatomia do bebé, em que a cabeça é maior e mais pesada quando comparada com o resto do corpo, em caso de queda, esta é a primeira a embater no chão, absorvendo o impacto, e podendo provocar Traumatismos craneoencefálicos.

Após uma queda é fundamental avaliar:

- Se há **alteração do estado de consciência**, ou seja se o bebé chora após a queda ou se por outro lado fica **menos reativo, prostrado e difícil de acordar**;
- Se há o surgimento de **náuseas ou vômitos, convulsões** (corpo com tremores, bebé parado com olhar fixo);
- Se existem **lesões externas visíveis**, como feridas.

No caso de quedas em bebés com poucos meses de vida deve sempre dirigir-se ao Serviço de Urgência para uma avaliação médica.

Prevenção de Engasgamento, sufocação e Asfixia

Nos bebês até aos 5 meses de vida o **perigo reside** essencialmente no **espaço físico que o rodeia**, num círculo próximo, no **momento do banho e na hora da alimentação**.

Na hora do banho há que prevenir o afogamento:

A parte de cima do corpo do bebê é mais pesada do que o resto do corpo, levando a que este não a consiga retirar de dentro de água.

Um **bebê pode afogar-se** numa **pequena quantidade de água**, bastando apenas **20cm = um palmo!**

Assim, é importante:

- Colocar **pouco água na banheira** — **cerca de 10cm**;
- **Nunca deixar a criança sozinha** no banho, mesmo que bem apoiada no suporte da banheira/reductor.

Na hora da toma do biberão, por forma a **prevenir o engasgamento**, os pais devem ter em atenção de que:

- Devem colocar o **bebê ao seu colo**, numa **posição de semi-sentado ou sentado**, apoiado no seu braço e sobre um almofada;
- **Nunca** devem dar o biberão com o bebê **deitado no berço** ou em outra superfície;
- O **furo da tetina deve ser de tamanho reduzido** deixando sair o leite gota a gota.
- **Nunca** se deve **aumentar o furo que vem na tetina**, para evitar que verta mais leite do que aquele que o bebê consegue deglutir;
- O momento da refeição do bebê deve ser um momento de tranquilidade realizado de forma calma e sem pressas.



No ambiente que rodeia o bebê:

- Ter atenção aos **brinquedos que devem ser adequados à faixa etária** e com a **marca CE: sem peças pequenas, que não libertem muito pelo**;
- **Remover os fios** presentes nos brinquedos;
- **Não colocar** colares, lenços em volta do pescoço;
- Ter em atenção roupas com azeitões em volta do pescoço que podem ficar presas;
- **Não deixar os bebês sozinhos nos carrinhos**, pois podem deslizar e ficar presos pela cabeça;
- Utilizar **chupeta com o tamanho adequado ao bebê**.

No berço:

- **Não atafulhar a cabeceira do berço** com brinquedos, mantas e almofadas;
- **Não colocar o bebê a dormir de barriga para baixo** sobre superfícies fofas/moles, sem vigilância permanente, pois este pode rodar a cabeça e acabar por sufocar por não ter reação/força para a voltar/levantar;
- Manter os **mobiles suspensos no berço e fora do alcance do bebê**;
- **Não colocar o bebê a dormir entre os pais**, pois estes podem adormecer e inconscientemente sufoca-lo.

O que fazer em situação de Engasgamento, Sufocação e Asfixia ?

Em situação de engasgamento deve:

- 1- **Voltar o bebê de barriga para baixo** para sobre o seu braço e com a **cabeça inclinada para o chão** (figura 1);
- 2- A mão que segura o bebê faz um V para deixar a boca e o nariz desimpedidos;
- 3- Apoiar sobre o joelho;
- 4- **Dar umas pancadas entre os ombros do bebê com o pulso**, repetindo o procedimento por 5 vezes (figura 2);
- 5- Verificar se o bebê chora e/ou respira;

No caso de a **manobra não produzir nenhum resultado** e o bebê continuar sem respirar, **ligue para o número de emergência 112** e vá repetindo o procedimento até que surta efeito ou até que chegue a ajuda diferenciada.



Prevenção de Queimaduras

Podem acontecer quando menos se espera, em simples actividades do dia a dia: o banho, a preparação de alimentos, beber uma simples caneca de café!

As queimaduras podem ocorrer pelo contacto da pele e das mucosas com líquidos quentes, pela ingestão de alimentos quentes ou pelo contacto com fumos.

Os bebés são globalmente mais frágeis, sendo mais sensíveis às diferentes temperaturas.

Os pais não devem:

- Cozinhar com o bebé ao colo, pois pode ocorrer a projeção de salpicos;
- Transportar ou comer alimentos quentes – como líquidos aquecidos, com o bebé ao colo;
- Permanecer com o bebé em locais com fumo ou fumar junto do mesmo.

Na preparação do banho devem ter em conta:

- 1- Colocar primeiro água fria e só depois a água quente para temperar;
- 2- Misturar a água para uniformizar a sua temperatura
- 3- Testar sempre a temperatura da água com o cotovelo ou parte interna do pulso, sendo que a água deve estar tépida, à temperatura da pele.
- 4- Por fim colocar o bebé na banheira.



Na momento de alimentar o bebé com o biberão:

- Testar sempre a temperatura do leite, deixando verter uma gota para o pulso;
- O leite deve estar à temperatura da pele.



No momento de aquecer o biberão:

- Optar por utilizar preferencialmente a técnica banho-maria ou o aquecedor de biberão.

○ **microondas está contra-indicado para aquecer os biberões**, no entanto se o utilizar, deve ter especial atenção porque o vidro do biberão fica morno, mas o leite no interior fica mais quente, posto isto deve:

- Agitar o biberão para misturar o leite mais quente com o mais frio e só depois testar a temperatura.

O que fazer em situação de queimadura?

No imediato deve actuar de forma a **diminuir a temperatura no local atingido** para evitar que a lesão aumente.

Para isto deve:

- 1- Colocar a superfície atingida debaixo de água fria corrente, durante cerca 10 minutos;
- 2- Proteger com compressa;
- 3- Dirigir-se para o serviço de urgência mais próximo ou contactar o 112.

Informação a reter:

- Nunca deve realizar a aplicação de manteiga sobre o local atingido;
- Sempre que exista roupa sobre o local atingido deve ser retirada, excepto se estiver colada à pele, o que acontece com as fibras sintéticas, nesse caso só deve ser retirada por profissionais da área da saúde;
- Quando ocorre a formação de bolhas estas não devem ser removidas, pois protegem a pele profunda.

Prevenção de Intoxicações

As intoxicações **podem ocorrer** por diversos mecanismos, nomeadamente **pelo contacto, inalação ou ingestão de uma substância nociva para o organismo.**

Apesar de não serem muito comuns em bebés até aos 4 meses de vida, **é importante ter em atenção alguns aspectos que poderão acarretar algum tipo de risco!**

Intoxicações com medicamentos:

Em situações em que há a necessidade de **administrar** algum tipo de medicamento ao bebé os pais devem:

- **Evitar dar o medicamento às escuras**, pois pode levar a erros de medicação e quantidade;
- **Confirmar sempre se é o medicamento correto**, confirmando não só a embalagem exterior, mas também o frasco ou invólucro, que por alguma razão pode estar na caixa errada;
- **Ter certezas acerca da dose a administrar**, sendo que sempre que surjam dúvidas devem reconfirmar com o médico.

Intoxicações por contacto com gases -monóxido de carbono- os pais devem:

- **Evitar** manter o bebé em ambientes com fumos de lareiras ou com má ventilação;
- **Não ter os esquentadores nas casas de banho**, ou caso essa situação seja inevitável, **dar banho ao bebé noutra divisão da casa**;
- **Não colocar o motor do carro a funcionar com o portão da garagem fechado.**

O que fazer em situação de Intoxicações?

Sempre que **ocorra uma incorrecta administração de um medicamento**, quer seja por excesso de dose ou por administração do medicamento errado **os pais devem:**

- **Contactar o 112** e transportar para o serviço de urgência;
- Ao se deslocar para o serviço de urgência deve **saber qual o medicamento administrado, a dose e a hora a que o deu ao bebé**, para que a intervenção possa ser mais rápida e eficaz.

Relativamente ao monóxido de carbono as intoxicações são detectadas por alterações no comportamento.

No caso dos bebés até aos 4 anos de idade os sintomas surgem sobre a forma de uma **sonolência excessiva, ou seja o bebé fica prostrado, difícil de acordar.**

Nestes casos deve **arejar-se o local** e contactar o 112 ou **dirigir-se ao serviço de urgência.**

Com as informações disponibilizadas neste guia esperamos contribuir para a adoção de comportamentos preventivos que permitam manter os bebés em segurança.

Ao longo do seu crescimento e desenvolvimento o bebé vai adquirindo novas competências ficando assim sujeito a diferentes riscos.

Deixamos então sugestões de materiais que poderão consultar ao longo das diferentes etapas de crescimento do bebé para o manter em ambientes seguros:

- Site Associação para a promoção da segurança infantil: <http://www.apsi.org.pt/index.php/pt/>
- Livro “Crescer Seguro” do Autor Mário Cordeiro

Contactos de Emergência:

Emergência Médica: 112
Centro de Informação Anti-Venenos:
808 250 143



Elaborado por:
Enfermeira Lúgia Tibério, do curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, ramo
de Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria e Enfermeira

Outubro 2018

Apêndice 14

Documento a enviar aos CSP efetivado no decorrer da atividade 5 do Projeto de
Intervenção

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, eu, Lígia Tibério, enfermeira a realizar estágio no serviço de Urgência Pediátrica [REDACTED], sob orientação da Enfermeira especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED], encontro-me inserida num projeto integrado na linha de investigação segurança e qualidade de vida, cuja temática incide na Prevenção de lesões não intencionais nas crianças até aos 4 anos de idade, e que tem como objetivo geral: Contribuir para a segurança das crianças até aos 4 anos de idade, no que respeita às lesões não intencionais.

As lesões não intencionais, definidas como lesões que ocorrem de forma não deliberada, ou seja de forma acidental, mas que poderiam ser prevenidas através da implementação de medidas prévias de prevenção, sendo assim evitáveis (Ramos & Nunes, 2014), estão “(...) intimamente relacionadas com o desenvolvimento e crescimento normais [das crianças]. A (...) curiosidade inata das crianças estimula-as a investigar o ambiente e a imitar o comportamento dos outros. É assim que adquirem competências para serem adultos, mas também as predispõe a numerosos perigos.” (Hockenberry & Wilson, 2014:3). Este tipo de lesões podem ocorrer em consequência de diversos mecanismos, nomeadamente, asfixia, afogamento, quedas, queimaduras, intoxicações e acidentes com veículos a motor, sendo que a causa, o mecanismo e a gravidade da lesão estão dependentes das características da criança, tais como idade, sexo, contexto social e fase de desenvolvimento em que se encontre.

As Lesões não intencionais nas crianças e jovens são uma realidade preocupante na sociedade atual representando grande impacto nas taxas de mortalidade e morbilidade. Segundo o Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde [MS-DGS] (2016:SP) 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 ao longo dos anos, 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.” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017:2). Num estudo realizado pela Associação Portuguesa de Segurança Infantil [APSI] (2017), entre os anos de 2011 e 2015 concluiu-se que morreram aproximadamente 340 crianças e jovens vítimas de lesões não intencionais. A somar a estes valores temos os registos do número total de internamentos no período entre 2012 e 2016, que ascende a aproximadamente 24.784. (APSI, 2017). “Há ainda a considerar aproximadamente 100 mil chamadas de emergência (112) reencaminhadas para os centros de orientação de doentes urgentes do INEM [Instituto Nacional de Emergência Médica de Portugal] devido a acidentes, entre 2013 e 2016, o que representa quase 38% do total de chamadas reencaminhadas para o INEM na população até aos 18 anos.” (APSI, 2017:1).

Estes números são o espelho do país no que às lesões não intencionais diz respeito. Qualquer uma das situações, quer seja de morte ou de internamento e possível incapacidade acarretam constrangimentos à criança e sua família, sendo fundamental intervir junto dos pais/cuidadores como forma de minimizar a ocorrência de lesões não intencionais, pois “A segurança constitui um recurso essencial ao desenvolvimento da pessoa (...) tendo como objetivo preservar a saúde e aumentar o bem-estar dos indivíduos e das comunidades” (Mohan & Tiwari (2000), citados por Ramos & Nunes, 2014:56).

No sentido de compreender a dimensão da referida problemática nos concelhos da [REDACTED] abrangidos pelo Hospital [REDACTED] foi realizado um levantamento do número de crianças que necessitou de cuidados emergentes na Sala de Emergência [SE] ou de permanecer em vigilância na Sala de observação [SO], no Serviço de Urgência Pediátrica no período entre Janeiro e Julho 2018 em consequência de lesões não intencionais. Os dados recolhidos foram analisados e compilados na tabela 1.

Idade \ Mecanismo	Queda	Traumatismo Crânio Encefálico	Queimadura térmica	Acidente Viação	Atropelamento	Intoxicação medicamentosa não Voluntária	Intoxicação com químicos	Outros	Total
0 - 1 Mês	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 - 35 Meses	12	12	0	0	2	2	1	2	31
3 - 4 Anos	3	6	1	1	0	1	0	1	13
Total	15	18	1	1	2	3	1	3	44

Tabela 2 - Episódios em consequência de lesões não intencionais com necessidade de cuidados emergentes em SE ou observação em SO, entre Janeiro e Julho 2018.

Da análise dos dados presentes na supracitada tabela1 podemos verificar que as lesões não intencionais, na sua globalidade e independentemente do mecanismo de lesão, são mais incidentes nas crianças entre os 2 e os 35 meses de idade, seguidas pelas crianças que apresentam 3 ou 4 anos de idade. Por outro lado foi possível averiguar que em ambas as idades delimitadas, 2 - 35 meses e 3 - 4 anos, os mecanismos de lesão mais prevalentes são os traumatismos crânio encefálicos [TCE] e as quedas, tanto da própria altura como de superfícies altas, seguidos dos atropelamentos e das intoxicações medicamentosas não voluntárias. Por fim, mas não menos relevantes, surgem como mecanismos menos incidentes as queimaduras térmicas, os acidentes de viação e as intoxicações por químicos. Na tabela surge ainda uma outra categoria de mecanismo de lesão identificada com ‘Outros’, que pode incluir a introdução de corpos estranhos nos orifícios corporais ou entalões.

Após a análise acima referida é possível concluir que as crianças que se apresentam como mais susceptíveis às lesões não intencionais são as que se encontram entre **os 2 e os 35 meses** de idade e que os mecanismos de lesão mais frequentes são as **quedas e os TCE**. Desta forma é emergente intervir junto dos pais/cuidadores de crianças da faixa etária delimitada que, muito em consequência da sua imaturidade para compreender os real perigo de objetos e situações do quotidiano juntamente com o seu constante crescimento e desenvolvimento físico e psicológico em contacto com o meio que as rodeia, são constantemente expostas a situações de risco. Por outro lado, nunca pondo de parte os restantes mecanismos de lesão, é essencial incidir a capacitação dos

pais/cuidadores na aquisição de competências e estratégias para a prevenção dos fatores predisponentes de queda e TCE.

Após a apresentação dos resultados obtidos e de forma a promover a prestação de cuidados holísticos às crianças até aos 4 anos de idade e respetivos pais e/ou cuidadores, vimos por este meio solicitar a colaboração das equipas de enfermagem, a prestar cuidados de saúde em âmbito de Cuidados de Saúde Primários, no reforço da capacitação dos pais/cuidadores no âmbito das lesões não intencionais. Neste sentido, tendo por base os resultados anteriormente apresentados, afigura-se como fundamental a incidência dos cuidados antecipatórios, aquando do contato com a criança e respetivos pais/cuidadores, na capacitação dos mesmos dando particular enfoque à prevenção dos mecanismos de lesão identificados mais incidentes. Desta forma vamos conseguir ter pais/cuidadores mais capacitados e com mais competências para manter as suas crianças em ambientes seguros, exercendo uma parentalidade eficaz e adequada à faixa etária, características e desenvolvimento da criança.

Através desta interligação entre os Cuidados Hospitalares e CSP, num esforço concertado entre os profissionais de enfermagem de ambos os contextos, espera-se atingir um objetivo comum no que às lesões não intencionais diz respeito, promovendo um crescimento e desenvolvimento das crianças até aos 4 anos em ambientes seguros e contribuindo de forma positiva para uma mudança da realidade actual.

Atenciosamente,

██████████

Novembro 2018

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI]. (2017). *25 Anos de Segurança Infantil em Portugal: Relatório de Avaliação, 2017*. Acedido a 02 Maio 2018, em:

http://apsi.org.pt/images/25anos/PDF/RELATORIO_SEG_INFANTIL_certo.pdf

- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1.

- 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>

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Documento fornecido pela Docente Professora Doutora Ana Lúcia Ramos.

- 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. Acedido a 02 Maio 2018, em:

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn1/serIVn1a06.pdf>

Apêndice 15

Resumo do Artigo original elaborado ‘Lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos de idade, numa região do Alentejo.’

‘Lesões não intencionais em crianças até aos 4 anos de idade, numa região do Alentejo.’

Lígia Tibério¹ Dulce Cruz²,

¹Enfermeira, Serviço de Urgência Pediátrica, Hospital do Espírito Santo Évora, E.P.E.

²Professora adjunta, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus,
Universidade de Évora

Resumo

As lesões não intencionais são uma realidade preocupante tanto a nível mundial como nacional, sendo consideradas um problema de saúde pública. Crianças e jovens encontram-se entre os grupos de risco, sendo fundamental a implementação de estratégias de prevenção das lesões não intencionais.

O presente estudo apresenta como objetivo geral: Contribuir para a segurança das crianças até aos 4 anos de idade, no que respeita às lesões não intencionais, numa região do Alentejo; e como objetivos específicos: Avaliar a incidência das lesões não intencionais ao longo do ano 2017 nas crianças até aos 4 anos de idade numa região do Alentejo; Caracterizar as lesões não intencionais observadas em crianças até aos 4 anos de idade numa região do Alentejo, no ano de 2017; e Identificar os mecanismos de lesões não intencionais mais frequentes nas crianças até aos 4 anos de idade numa região do Alentejo, no ano de 2017.

Por forma a se atingirem os objetivos realizou-se um estudo observacional do tipo transversal e Retrospetivo, com base numa Amostragem Acidental.

Foram identificados 684 episódios de triagem realizados a crianças entre os 0 e os 4 anos em consequência de lesões não intencionais. As lesões ocorreram predominantemente em crianças com 1 ano (29,2%) e do sexo masculino (58,5%). Globalmente as lesões foram mais incidentes nos meses Primavera/verão (54,3%), no entanto apresentaram o seu pico no mês de Novembro. O fluxograma de triagem mais utilizado foi o Traumatismo Crânio Encefálico (31,3%). Foi mais vezes atribuída a prioridade Cor verde (67,5%). O mecanismo de lesão mais incidente foram as quedas (55,8%), sendo as feridas

a lesão consequente mais comum (31%). Na maioria das situações as crianças após observação e tratamento tiveram alta para o domicílio (85,7%).

Descritores: Lesão não intencional, incidência, Crianças, Infância, Prevenção de acidentes.