

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

**Capacitar os pais/educadores das crianças
entre os 0-12 meses para a prevenção de
Acidentes Domésticos e de Lazer**

Carla do Rosário Pereira Leite

2013



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

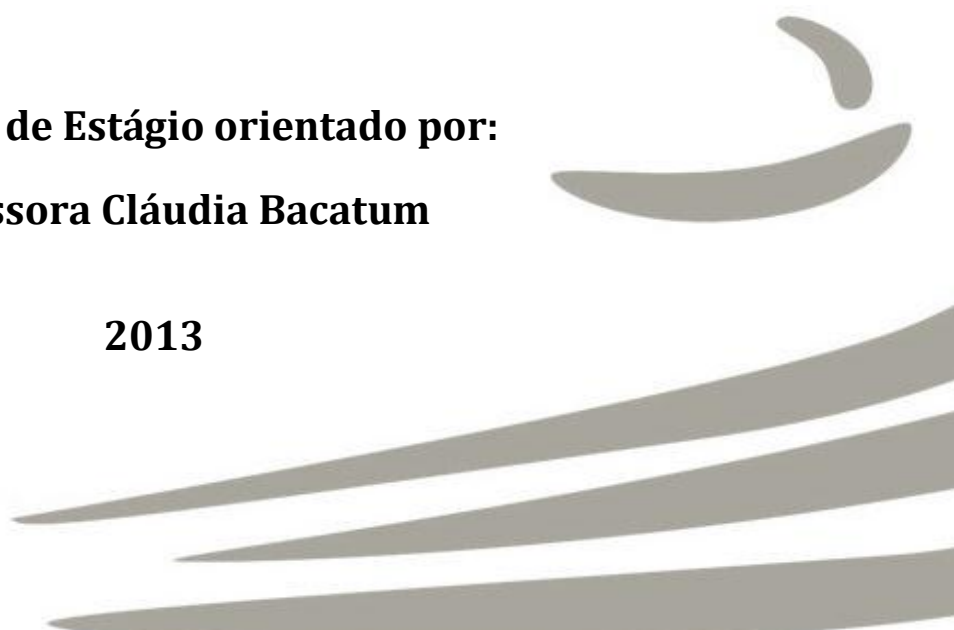
**Capacitar os pais/educadores das crianças
entre os 0-12 meses para a prevenção de
Acidentes Domésticos e de Lazer**

Carla do Rosário Pereira Leite

Relatório de Estágio orientado por:

Professora Cláudia Bacatum

2013



INFORMAR-FORMAR- EDUCAR

Informar é fornecer um conjunto de dados.

Formar é orientar para eficácia.

Educar é despertar potencialidades.

A informação é dada por quem sabe.

A formação é dada por quem pratica.

A educação é dada por quem vive.

Quem informa tem mais conhecimentos.

Quem forma tem mais experiência.

Quem educa tem mais vivência.

A informação exige pesquisa contínua.

A formação exige progresso contínuo.

A educação exige aprofundamento contínuo.

Pela informação alargam-se os horizontes.

Pela formação alargam-se as possibilidades.

Pela educação alargam-se as capacidades.

A pessoa formada informada está mais prevenida.

Pode evitar melhor os problemas.

Pode caminhar com mais segurança.

A pessoa formada está mais esclarecida.

Pode conhecer melhor as situações.

Pode encontrar mais soluções.

A pessoa educada é mais consciente.

Pode mergulhar mais na realidade.

Pode encontrar o melhor caminho.

A pessoa informada é mais prudente.

A pessoa formada é mais eficaz.

A pessoa educada é mais feliz.

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste trabalho encontraram-se envolvidos, direta e indiretamente, várias pessoas. A todas elas manifesto a minha profunda gratidão e sincero reconhecimento. Todavia, aos que mais de perto me acompanharam deixo aqui uma particular referência:

À Professora Cláudia Bacatum, pelos valiosos ensinamentos transmitidos, pelas sugestões, pela prontidão na revisão do relatório de estágio, mas acima de tudo, pela disponibilidade, incentivo e simpatia demonstrados ao longo de todo o período escolar;

À Enfermeira Orientadora de Estágio Cristina Brás, pelo profissionalismo e por todo o trabalho que me permitiu desenvolver;

A todos aqueles que de forma gentil aceitaram responder aos questionários e colaborar na realização desta intervenção comunitária, sem a vossa ajuda nada seria possível;

Às parcerias comunitárias, pela forma de como acreditaram e apoiaram a intervenção comunitária, e por disponibilizar os meios necessários para a sua realização;

À equipa da UCSP, por partilharem comigo este momento, incluindo todos os medos, todas as vitórias e todas as ansiedades;

Aos meus pais sem os quais, nunca seria o ser humano que sou, estando sempre presentes, a incentivar e a apoiar nesta minha caminhada como pessoa e profissional de saúde. Acreditando em mim, como aliás sempre fizeram desde que eu nasci;

Ao Fábio, por existir, por me compreender e apoiar nos piores e nos melhores momentos;

À Joana e Liliana, pelos seus esforços, disponibilidade, competência, rigor e dedicação em me auxiliar com os seus saberes na realização deste relatório de estágio.

Numa palavra... Obrigado

RESUMO

Os acidentes em geral e, na infância em particular, têm consequências que constituem, um grave problema de saúde pública. A abordagem a este problema exige um carácter integrado e concertado, conforme preconizado no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, no âmbito dos programas existentes, relativos aos acidentes domésticos e de lazer – ADL.

Por serem eventos aleatórios ou acidentais, os acidentes são historicamente negligenciados; contudo, atualmente, são considerados evitáveis face à eficácia comprovada das medidas de prevenção. A predisposição aos acidentes na criança, pelas suas características próprias e em especial até aos 12 meses de idade, pode ser neutralizada através de estratégias de segurança e educação. Neste contexto, o enfermeiro comunitário desempenha um papel ativo, como promotor e educador de saúde, na mudança de comportamentos, influenciando positivamente os indicadores de saúde do país.

A intervenção comunitária, teve como finalidade contribuir para a capacitação de um grupo de pais/educadores de crianças dos 0-12 meses inscritos e que frequentam as consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil numa UCSP da Área Metropolitana de Lisboa, para a prevenção dos ADL. Como metodologia utilizou-se o Planeamento em Saúde, de acordo com Tavares (1990) e como referencial teórico foi considerado o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. O diagnóstico de situação realizou-se através de um questionário, “Prevenção de acidentes e intoxicações” da autoria de Forte e Agostinho (2002). Como problemas, identificou-se o défice de conhecimentos relativo às medidas preventivas de ADL e a ocorrência de ADL com conseqüente risco de lesão. O processo de capacitação teve, por base a realização de sessões de educação para a saúde como estratégia de promoção de saúde e prevenção de ADL assim como, o estabelecimento de parcerias comunitárias.

Considera-se que, os objetivos propostos foram atingidos, tendo-se desenvolvido competências ao nível de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

Palavras-chave: Criança, prevenção de ADL, promoção de saúde, educação para a saúde, enfermagem comunitária.

ABSTRACT

Accidents in general and, in particular during childhood, have consequences that constitute a serious public health problem. The approach to this problem requires a concerted and integrated nature, as recommended in the National Health Plan 2012-2016, under existing programs for the domestic and leisure accidents – DLA.

Because they are random or accidental events, accidents are historically overlooked, however, are currently considered avoidable given the proven effectiveness of prevention measures. The predisposition to accidents in children, by their very nature, and in particular up to 12 months old, can be neutralized through security strategies and education. In this context, the community nurse plays an active role as an advocate and health educator in behavior change, positively influencing the health indicators of the country.

The community intervention had as main objective to contribute to empowerment a group of enrolled parents/educators of children from 0 to 12 months old and attending consultations nursing infant and child health in a UCSP the Lisbon Metropolitan Area, for the prevention of DLA. The methodology used was Health Planning, according to Tavares (1990) and as a theoretical model was considered the Health Promotion Nola Pender. The diagnosis of the situation was performed through a questionnaire, "Preventing accidents and intoxications" authored by Forte and Agostinho (2002). As far as problems are concerned, it was identified the knowledge gap concerning preventive measures and the occurrence of DLA with consequent risk of injury. The training process was, based on the elaboration of sessions of health education as a strategy for health promotion and prevention of DLA and establishment of community partnerships.

It is considered that the proposed objectives were achieved, and skills were developed at the level of Nurse Specialist in Community Nursing and Public Health.

Keywords: Child, DLA prevention, health promotion, health education, community nursing.

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ADL – Acidentes Domésticos e de Lazer

APSI – Associação para a Promoção de Segurança Infantil

CATUS – Centro de Atendimento e Tratamentos Urgentes

CIAV – Centro de Informação Antivenenos

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão

DGS – Direção Geral de Saúde

ECSA – European Child Safety Alliance

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde / World Health Organization

PASI – Plano de Ação para Segurança Infantil

PNS – Plano Nacional de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem

RPQCEECSP – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

UNICEF – United Nations Children'S Fund

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	11
1.1. A criança.....	11
1.2. Os acidentes.....	12
1.3. Acidentes nas crianças: no Mundo e na Europa	13
1.4. Acidentes nas crianças: em Portugal.....	14
1.5. Acidentes domésticos e de lazer – ADL.....	15
1.5.1. Os diferentes tipos de ADL	16
1.6. A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na prevenção de ADL, nas crianças	19
1.6.1. Promoção e Educação para a Saúde.....	20
1.6.2. Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender	22
2. METODOLOGIA	25
2.1. Diagnóstico de Situação	25
2.1.1. Contextualização do local da intervenção	25
2.1.2. População alvo e Amostra	26
2.1.3. Instrumento de colheita de dados	27
2.1.4. Análise e discussão dos dados	28
2.1.5. Problemas identificados	31
2.2. Determinação de Prioridades	31
2.2.2. Diagnósticos de enfermagem.....	33
2.3. Fixação de Objetivos	34
2.4. Seleção de Estratégias	36
2.5. Preparação Operacional - Programação	39
2.6. Avaliação	44
3. CONCLUSÃO	47
3.1. Reflexão sobre as competências adquiridas	47
3.2. Considerações finais	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

ANEXOS..... 57

Anexo I - Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

Anexo II - Grelha de Análise: Recomendações

Anexo III - Folheto “Vale a pena Crescer em Segurança”

Anexo IV - Folheto “Intoxicações”

Anexo V - Ficha de Segurança Infantil, da DGS

APÊNDICES..... 78

Apêndice I - Autorização do ACES

Apêndice II - Levantamento dos acidentes infantis, na UCSP em 2011

Apêndice III - Consentimento informado

Apêndice IV - Autorização ao questionário “Acidentes Domésticos e Intoxicações”

Apêndice V - Questionário

Apêndice VI - Tabelas e gráficos resultantes da aplicação do questionário

Apêndice VII – Tabela ilustrativa da determinação de prioridades

Apêndice VIII - Plano das atividades realizadas

Apêndice IX - Parceria com a Associação na área da promoção de segurança infantil

Apêndice X - Parceria com os laboratórios da indústria farmacêutica

Apêndice XI - Plano da sessão de educação para a saúde “Prevenção de ADL”

Apêndice XII - Folheto “Viver, Aprender e Prevenir...”

Apêndice XIII - Plano da sessão de educação para a saúde “Primeiros Socorros”/Apresentação da sessão, em versão power-point

Apêndice XIV - Parceria com o CIAV

Apêndice XV - Fotografia do “Kit de Primeiros Socorros”

Apêndice XVI - Questionário de Satisfação

Apêndice XVII - Plano da sessão formal de sensibilização aos profissionais de saúde do ACES /Apresentação da sessão, em versão power-point

Apêndice XVIII - Divulgação da sessão formal de sensibilização aos profissionais de saúde do ACES

Apêndice XIX - Fotografia do portefólio

Apêndice XX - Questionário de Avaliação da sessão “Primeiros Socorros”

Apêndice XXI - Tratamento de dados relativo aos indicadores das atividades realizadas.

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária. A intervenção comunitária decorreu no período de 1 de outubro de 2012 a 15 de fevereiro de 2013, assumindo a temática de: capacitar os pais/educadores das crianças entre os 0-12 meses para a prevenção de ADL. A consecução da finalidade da intervenção comunitária assenta para além do desenvolvimento de competências de EEECS, na implementação de um projeto. Este foi realizado numa UCSP, pertencente a um ACES da Área Metropolitana de Lisboa, no âmbito da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, tendo por base a Metodologia de Planeamento em Saúde.

A incidência dos acidentes na infância tem sido objeto de vários estudos, verificando-se que estes ocupam o primeiro lugar nas causas de morte e incapacidade temporária e permanente. Associam-se a elevados custos pessoais, familiares, sociais e económicos, configurando por isso, um grave problema de saúde pública (APSI, 2011c; UNICEF, 2010; WHO, 2009).

No caso dos ADL, considera-se que nos primeiros anos de vida, a segurança da criança é unicamente assegurada pela proteção dos pais e outros educadores que intervêm ao nível do ambiente doméstico (SOUZA E BARROSO, 1999). A interação da criança com o meio nesta idade, constitui por si só uma situação de risco. Face a esta situação, são vários os comportamentos esperados por parte dos pais/educadores, nomeadamente, a implementação de medidas preventivas de ADL ao nível do ambiente doméstico, vigilância/supervisão e educação da criança. Segundo Graça (1995) citando Wordel & Geus os pais revelam maior dificuldade em adotar este tipo de medidas, do que em supervisionar ou educar os seus filhos, que geralmente ocorre intuitivamente.

A pouca consciencialização para esta problemática por parte da sociedade em geral, incluindo os próprios profissionais de saúde, aliada ao desconhecimento das medidas de prevenção dos acidentes infantis, estão na origem da falta de efetividade dos resultados de segurança infantil em Portugal (ECSA, 2012a). Neste contexto, esta problemática carece da atenção dos profissionais de saúde, particularmente dos EEECS, que através de uma intervenção comunitária, numa lógica de promoção de saúde devem encontrar estratégias de intervenção eficazes

na prevenção deste acontecimento multifatorial. A abordagem ao problema exige assim, um carácter integrado e concertado, com desenvolvimento de projetos enquadrados no PNS 2012-2016, no âmbito dos programas existentes.

O referencial teórico de enfermagem que emergiu como norteador da intervenção comunitária foi o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Este, facilita a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde identificados, permitindo direccionar soluções que respondam às necessidades e interesses dos pais/educadores das crianças dos 0-12 meses. Além disso, tal conceção contribui para a promoção de conhecimento, reflexão e decisão no cuidar e agir, possibilitando maior oportunidade no alcance da finalidade proposta.

Os enfermeiros ao serem vistos como defensores da saúde pública e especialistas em saúde e doença, têm a responsabilidade de educar e promover hábitos saudáveis para melhorar o bem-estar individual e da comunidade (OLIVEIRA, ANDRADE e RIBEIRO, 2009). Neste sentido, na intervenção comunitária, desenvolveram-se sessões de educação para a saúde, sendo uma ferramenta fundamental para melhorar o comportamento de adesão. Uma vez que, ao aumentar o conhecimento dos pais/educadores, através do fornecimento de informações adequadas sobre os ADL, elevar-se-á a probabilidade de induzir à adoção de comportamentos preventivos dos mesmos.

Para melhor compreensão, o presente relatório encontra-se estruturado em três capítulos essenciais: o primeiro apresenta uma revisão da literatura tendo em conta a temática central da prevenção de ADL na infância, justificando a pertinência da mesma. Realça ainda, o papel do EEECSPP na prevenção dos ADL e promoção de saúde, assim como, a importância do referencial teórico de enfermagem de Nola Pender; no segundo capítulo, descrevem-se as etapas do planeamento da intervenção comunitária em consonância com a Metodologia do Planeamento em Saúde; e por fim, o terceiro capítulo, onde se incluem as conclusões da intervenção comunitária.

A redação do relatório foi realizada ao abrigo do novo acordo ortográfico, obedecendo ainda ao guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, de acordo com a Norma Portuguesa NP 405 (ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA, 2011).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo dá visibilidade aos acidentes, nomeadamente aos ADL, como um importante problema de saúde pública nas populações mais vulneráveis a estes – as crianças – evidenciando o seu impacto e consequências ao nível internacional e nacional.

Os prejuízos de saúde individual, familiar e social, associados à ocorrência dos ADL, devem ser alvo da atenção do EEECS. Devendo este, assumir a responsabilidade e o compromisso de conhecer as reais necessidades de saúde da comunidade, centrando a sua intervenção no sentido de prevenir e minimizar as consequências dos ADL, no âmbito da promoção da saúde.

1.1. A Criança

A criança é definida como “(...) todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo.” (RESOLUÇÃO Nº 20/90, P. 3738; PORTUGAL, 2005).

As crianças, especialmente as crianças dos 0-12 meses, são geralmente muito curiosas e gostam de explorar o que as rodeia, sendo desta forma que ganham autonomia. No entanto, como não conseguem identificar o perigo, avaliar o risco, nem prever e lidar com as suas consequências, a probabilidade de ocorrer um acidente é maior. Deste modo, são consideradas um grupo populacional vulnerável, cabendo aos adultos criar ambientes mais seguros, escolher produtos mais adequados e alterar os seus comportamentos de forma a garantir a segurança das mesmas (CORDEIRO, 2011). O mesmo autor refere que, apesar dos adultos pensarem que as crianças não têm atividade durante o primeiro ano de vida, à medida que se vão desenvolvendo, começam por se conseguirem virar, agarrar objetos, gatinhar, andar e acabam por ficar expostas a uma série de riscos, ainda que, possam ser inesperados e surpreendentes.

Ricco, Del Ciampo e Almeida (2004) classificam a criança em recém-nascido (0-28 dias), lactente (28 dias - 2 anos), pré-escolar (2-7 anos), escolar (7-10 anos) e adolescente (10-18 anos). Tendo apenas em consideração a criança dos 0-12 meses, pode-se aferir, através dos mesmos autores, que o recém-nascido tem como principais características a completa dependência do adulto para a sua

sobrevivência, possuindo grande imaturidade e incapacidade de controlar impulsos e emoções, tornando-os mais predispostos aos acidentes. O lactente por outro lado, encontra-se num período de rápido crescimento estado-ponderal e de desenvolvimento neuromotor, que evolui rapidamente de uma condição de vida dependente para uma vida de relacionamento social e de interação com o meio, adquirindo maior movimentação voluntária.

Para Correia et al (2005), as famílias são o contexto primordial responsável pela educação da criança dado que, as competências familiares como saberes, práticas e aptidões facilitam e promovem a sobrevivência, o desenvolvimento e a proteção da mesma. Assim, compete à família ser responsável pela socialização e transmissão de valores éticos e morais fundamentais à construção da identidade da criança.

Posto isto, considera-se que os acidentes estão relacionados de modo particular com o comportamento da família e o seu estilo de vida, com os fatores educacionais, económicos, sociais e culturais, além das fases específicas de desenvolvimento da criança (SOUZA E BARROSO, 1999).

As baixas condições socioeconómicas, frequentemente associadas ao desemprego e à pobreza são fatores de risco comuns a todo o tipo de acidentes, sendo, neste contexto, as crianças, as principais vítimas (PORTUGAL, 2010). Por isso, existe um maior número de crianças a sofrer lesões nas famílias de rendimentos reduzidos, com uma escolaridade e literacia mais baixa e que vivem em espaços confinados (ECSA, 2012b).

1.2. Os acidentes

O termo acidente deriva do latim *accidente* e significa, de acordo com o Dicionário de Língua Portuguesa da Porto Editora (2012), um acontecimento casual ou inesperado; acontecimento repentino e desagradável.

A WHO (2009) define acidente como todo o acontecimento, independente da vontade do homem, caracterizado pela libertação súbita de uma força externa, podendo manifestar-se através de lesões corporais.

De acordo com Sleet et al citado por Nunes e Branco (2006, p. 16), as lesões surgem quando se verifica uma exposição aguda "(...) a energia térmica, mecânica,

elétrica ou química, ou da ausência de elementos essenciais como o oxigénio ou o calor”, assim, apesar da definição de lesão variar, esta poder-se-á traduzir em “(...) morte, utilização de cuidados médicos ou incapacidade de curta ou longa duração.”.

Tendo em conta a CID-10, os acidentes encontram-se agrupados, com a designação de lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas. De acordo com as causas, subdividem-se ainda em “acidentes” ou “acidentes não intencionais”, correspondendo a acidentes de viação, afogamentos, quedas, asfixia, intoxicações e queimaduras. E em, “lesões auto provocadas intencionalmente”; “agressões” e “eventos cuja intenção é indeterminada e outros”, também conhecidos por “acidentes intencionais” (DGS, 2010).

Nunes e Branco (2006) referem que, pelo impacto do problema dos acidentes, especialmente entre as crianças, em termos de mortalidade, de incapacidade, anos de vida saudável perdidos e pelos encargos financeiros com hospitalizações, passou a ser consensual na comunidade científica que os acidentes configuram um grave problema de saúde pública. Sendo que, para a OMS (2002), esta é a nova “doença” no século XXI, que terá como consequência, encurtar drasticamente a esperança média de vida dos europeus de 72 anos para 42 anos.

1.3. Acidentes nas crianças: no Mundo e na Europa

Segundo a UNICEF (2010), ao nível mundial, morrem todos os anos 1 000 000 de crianças vítimas de acidente, em que 90% decorrem por lesões não intencionais. Mais de 10 000 000 precisam de tratamento hospitalar devido a acidentes não-fatais e muitas delas ficam com incapacidade física ou danos cerebrais. Os acidentes afetam as crianças em todos os grupos etários, no entanto, salienta-se que as crianças com menos de 5 anos de idade constituem um grupo de maior risco.

Relativamente à Europa, o Relatório Europeu sobre Prevenção dos Acidentes nas Crianças menciona que 42 000 crianças e jovens (0-18 anos) morrem, todos os anos, vítimas de acidentes não intencionais. Os dados epidemiológicos relativos à mortalidade por acidentes não intencionais, revelam maior frequência para alguns tipos de acidentes como os acidentes de viação (39%), os afogamentos (14%), seguido das intoxicações (7%), quedas (4%) e queimaduras (4%). De acordo com o mesmo relatório, a maioria das mortes surge em países de baixo ou médio

rendimento principalmente em crianças de grupos populacionais mais desfavorecidos. Sendo que, a probabilidade de uma criança morrer num país de baixo rendimentos é 3,2 vezes maior do que num país rico. No entanto, apesar de muitos países desenvolvidos terem reduzido a mortalidade infantil em 50% nos últimos 30 anos, as lesões não intencionais continuam a ser um problema, representando cerca de 40% das mortes em crianças (WHO, 2009).

1.4. Acidentes nas crianças: em Portugal

Em Portugal, de acordo com a DGS (2010) em 2008, os acidentes intencionais e não intencionais retrataram a sétima causa de morte, constituindo 4 551 óbitos registados (4,34%) da totalidade. Tendo em conta a CID-10, os acidentes não intencionais, constituíram, em 2008, 1 986 óbitos (43,64%) e os designados intencionais registaram 2 565 óbitos (56,36%). Relativamente ao sexo, no respeitante aos acidentes não intencionais, o predominante foi o sexo masculino, constituindo 1 432 óbitos (72,10%), tendo o sexo feminino registado 554 óbitos (27,90%) (DGS, 2010). Este facto, relaciona-se com a diferença das atividades desenvolvidas por cada sexo, uma vez que o sexo masculino é mais exposto a atividades dinâmicas e que envolvem maior risco. Outro facto importante está relacionado com as características socioculturais, ou seja, geralmente o sexo masculino adquire liberdade mais precocemente e começa a realizar atividades com menor supervisão direta dos adultos, ficando assim, mais sujeito à ocorrência de acidentes (FILÓCOMO ET AL, 2002).

Os acidentes rodoviários são os que provocam maior número de mortes em crianças (68%); contudo, de realçar que os afogamentos surgem em segundo lugar (12%), seguidos de asfixia (5%) e das quedas (4%). Relativamente aos grupos etários, tendo igualmente, como referência os acidentes não intencionais, o total de óbitos dos 0-19 anos é de 97 óbitos (4,88%). Quanto à morbilidade hospitalar em 2008, no SNS, o número de internamentos por todas as causas de acidentes foi de 71 949 (3,9%), sendo a demora média de internamento de 9,6 dias. Quanto aos grupos etários, realça-se que, nas crianças com menos de um ano de idade, o número de internamentos foi de 365 (0,3%), sendo a demora média de internamento de 5,2 dias (DGS, 2010).

O Perfil de Segurança Infantil de Portugal (ECSA, 2012a) e o Relatório de Avaliação da Segurança Infantil (ECSA, 2012b) foram realizados no âmbito do projeto Tools to Address Childhood Trauma, Injury and Children's Safety, coordenado pela ECSA, tendo como objetivo monitorizar e medir o progresso dos 31 países participantes na redução das lesões e traumatismos não intencionais com crianças e adolescentes.

Nos últimos 20 anos, Portugal tem vindo a reduzir de forma constante e consistente a mortalidade por traumatismos e lesões nas crianças e adolescentes (0-18 anos). De acordo com ECSA (2012a), Portugal atinge um valor histórico de 5,86 por cada 100 000 habitantes, representando uma redução significativa relativamente aos anteriores Perfis de Segurança Infantil (Perfil 2007, 31,63/100 000 e Perfil 2009, 14,98/100 000). Deste modo, Portugal encontra-se acima da média europeia, no que se refere à taxa de mortalidade por acidentes em crianças e adolescentes. Contudo, a mesma fonte menciona que se perderam 8,9 anos de vida potencial por mortes precoces de crianças e adolescentes na sequência de acidentes.

Importa referir ainda que, Portugal está abaixo da média europeia, no que se refere ao nível de segurança que oferece às crianças e adolescentes. Tendo em atenção as áreas analisadas pelo relatório, aquelas em que o país necessita de uma intervenção significativa são a segurança de peões e ciclistas, segurança na água e a prevenção das quedas, queimaduras e asfixia. Nas restantes áreas (segurança dos passageiros, motociclistas/ciclomotoristas e prevenção das intoxicações), é necessário reforçar a adoção, implementação ou execução de medidas de eficácia comprovada na prevenção dos acidentes. Pois, se todas as medidas consideradas eficazes na prevenção de acidentes fossem implementadas uniformemente, seria possível reduzir os acidentes até 90% (ECSA, 2012b).

1.5. Acidentes domésticos e de lazer – ADL

Existem vários tipos de acidentes, no entanto, destacam-se os ADL, sendo estes considerados como “(...) todos os acidentes domésticos e de lazer, registados nas urgências do SNS, cuja causa não seja doença, acidente de viação, acidente de trabalho ou violência (...)” (INSA, 2010, p.10).

Portugal, possui um sistema de recolha e análise de dados relativo aos ADL que implicaram recurso às urgências de unidades de saúde do SNS, denominado por

Sistema ADELIA. Este foi criado no ano 2000 e é coordenado pelo Departamento de Epidemiologia do INSA.

O número total de ADL recolhidos pelo Sistema ADELIA tem vindo a reduzir de 23 079 em janeiro de 2006 para 15 697 em dezembro de 2008 (INSA, 2010).

Segundo Ricco, Del Ciampo e Almeida (2004), o progresso conseguido para o conforto do ser humano nem sempre acompanha as medidas de segurança necessárias. Assim, salienta-se que a casa, é o local onde sucedem mais ADL, sendo que, até aos 4 anos a ocorrência de acidentes neste espaço é elevada (70%); Forte e Agostinho (2002), reforçam esta ideia, referindo que existe maior probabilidade de ocorrer um acidente maior, quanto menor a idade da criança.

As mesmas autoras verificaram também no seu estudo que, a cozinha foi o local onde ocorreram mais ADL, mencionando ainda que, estes ocorreram sobretudo durante a tarde e início da noite, dados que contrastam com os do Relatório ADELIA (INSA, 2010), que salienta dois picos de maior ocorrência de acidentes, às 10:00 horas e às 16:00 horas.

Ainda relativamente ao dia da semana em que é maior a ocorrência de acidentes há contrassenso: o Relatório ADELIA (INSA, 2010), revela que os acidentes têm maior incidência durante a semana e o estudo de Forte e Agostinho (2002) refere ser o sábado, salientando que, este será o dia da semana em que os pais se encontram ocupados com tarefas domésticas e os filhos ficam sem supervisão.

Destaca-se também que, dos diferentes tipos de ADL, o acidente mais frequentemente associado à ida às urgências é a queda (65%), seguido de “atingido por...” (9%), compressão/corte (4%), ingestão de corpo estranho (4%), queimaduras (3,5%) e intoxicação (1,5%). Sendo, as queimaduras, intoxicações e asfixia os ADL com maior percentagem de internamento e tempo médio de internamento (INSA, 2010).

1.5.1. Os diferentes tipos de ADL

Todos os anos, na Europa cerca de 5 000 crianças e jovens até aos 18 anos são vítimas de afogamentos. No entanto, esta problemática não se restringe aos casos fatais, estimando-se que por cada criança que morre por esta causa, 140 são hospitalizadas e 20 recorrem aos serviços de urgência (APSI, 2011a). De referir

também que, de acordo com a WHO (2009) por cada criança que morre, calcula-se que pelo menos 2 ficam com sequelas para toda a vida.

Em Portugal, a verdadeira magnitude deste flagelo permanece por avaliar, dado que os seus custos, morbilidade, assim como o impacto na vida das crianças e suas famílias são desconhecidos. No entanto, entre 2002 e 2008, 144 crianças e jovens até aos 18 anos morreram na sequência de afogamento, sendo o grupo etário dos 0-4 anos o mais atingido (APSI, 2011a).

As quedas são os acidentes mais frequentes nas crianças, sendo a terceira causa de morte acidental de acordo a WHO (2009) e a maior causa de idas à urgência, em todos os países europeus (INSA, 2010).

Segundo a APSI (2011b), entre 2000 e 2009, 104 crianças e jovens até aos 19 anos morreram na sequência de uma queda e 40 000 foram internadas, ou seja, em média cerca de 9 crianças e jovens sofreram uma queda por dia. A maior parte das mortes ocorreu em crianças e jovens do sexo masculino, sendo que a maioria dos casos (24) ocorreu entre os 15 e os 19 anos, seguidos da faixa etária do 1 aos 4 anos (19 casos). Os internamentos ocorrem com mais incidência nas crianças entre os 0-4 anos e os 5-9 anos.

De acordo com o Relatório ADELIA, 41% das quedas ocorreram em casa, sendo que, mais de metade destas (53%) sucederam com crianças até aos 4 anos. Mais de 55% das crianças estavam envolvidas em atividades de lazer no momento em que se deu a queda. Ainda de acordo com a mesma fonte, os membros e a cabeça são as partes do corpo mais afetadas (41% e 34% respetivamente). A maior parte das lesões nos membros (braços e pés) ocorreram nas crianças dos 10 aos 14 anos (43%) e das lesões na cabeça nas crianças dos 0 aos 4 anos (52%) (INSA, 2010). A explicação pode se encontrar no facto de até aos 4 anos a cabeça da criança ser maior e mais pesada, proporcionalmente ao resto do seu corpo. Comparativamente à cabeça de um adulto que pesa 6% do peso total do corpo, a cabeça da criança, no primeiro ano de vida, pesa 25% levando-a a desequilibrar com maior facilidade (APSI, 2011c).

As queimaduras são outro ADL significativo, representando globalmente em 2004, cerca de 96 000 mortes entre crianças com menos de 19 anos (WHO, 2009).

Em Portugal, ocorrem todos os anos queimaduras acidentais que provocam lesões a cerca de 570 crianças até aos 18 anos (ARAÚJO, 2010).

Importa referir que, a pele da criança difere da do adulto, queimando mais depressa e em maior profundidade, mesmo com baixas temperaturas (APSI, 2011c). Cardoso et al (2004), referem que a causa mais comum para ocorrência de queimaduras são os líquidos quentes, tais como a água quente, o leite e o óleo. Outras situações que também causam queimaduras são referentes à elevada temperatura da água do banho e aos choques elétricos que, apesar de pouco frequentes, determinam lesões graves, constituindo uma importante causa de morbilidade para crianças menores de 5 anos. Os mesmos autores, salientam que, 85% das crianças envolvidas neste tipo de ADL não tiveram supervisão adequada por parte dos pais.

A OMS citada pela APSI (2008) refere que, na Europa 2% das mortes por acidente, em crianças até aos 14 anos, são por intoxicações.

Em Portugal, em 2011, o CIAV registou 10 673 casos de intoxicação com crianças até aos 18 anos, dos quais, cerca de 736 crianças tinham menos de um ano de idade, e que a maioria das intoxicações ocorreu por via digestiva. Quanto ao local de ocorrência, a maior parte ocorreu em casa, estando os medicamentos na origem de cerca de 54% das intoxicações. Outra origem prende-se com exposições a doses potencialmente tóxicas de produtos acessíveis como produtos de higiene e de limpeza em que, cerca de 70% dos casos dizem respeito a crianças até aos 4 anos (APSI, 2008; CIAV, 2012).

A ECSA (2012a) refere que a taxa média de mortalidade por asfixia entre 2007 e 2009 em crianças até aos 18 anos é de 6,55 por 100 000 habitantes. Este tipo de ADL sucede, maioritariamente, em crianças entre os 0-4 anos, as quais tendem a colocar tudo à boca. Sendo as suas vias respiratórias mais estreitas, aumenta o risco de asfixia por aspiração de corpos estranhos (APSI, 2011c). Os objetos mais comuns implicados nos engasgamentos/asfixia, de acordo com Cardoso et al (2004) são: moedas, pregos, agulhas, brinquedos com peças pequenas, jóias, pilhas, baterias e alimentos pequenos duros e secos.

1.6. A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na prevenção de ADL, nas crianças

Os ADL têm origem multifatorial envolvendo várias situações relacionadas com os indivíduos, o meio ambiente e a legislação, entre muitos outros, e devido à sua elevada complexidade carecem de ser abordados de uma forma intersectorial e interdisciplinar, assumindo-se o sector da saúde como um dos parceiros fundamentais dessa abordagem (PORTUGAL, 2010).

A Convenção dos Direitos da Criança (Resolução nº 20/90, p. 3738 (6)), enfatiza o direito que a criança tem a atingir o expoente máximo de saúde e ambiente seguro. Dentro deste contexto, e segundo o artigo 24º do mesmo documento, deve-se: “Assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre (...) a prevenção de acidentes.”.

Também a OMS invoca um papel ativo na prevenção de acidentes tendo em consideração a sua magnitude, assim como, a evidência científica sobre o seu potencial de prevenção das abordagens de saúde pública (PORTUGAL, 2010).

Realça-se o facto de os custos relacionados com a prevenção de acidentes poderem, além de salvar vidas, poupar outros custos para a sociedade (WHO, 2009).

Para Mauita citado por Torlai (2010), a prevenção significa ação destinada a proteger a saúde dos indivíduos, de modo a evitar o aparecimento de danos físicos, intelectuais, psiquiátricos ou sensoriais. Importa assim, ter em consideração que a prevenção dos ADL assenta em três níveis, sendo de mencionar que este projeto se enquadra ao nível da prevenção primária, incidindo no envolvimento dos pais/educadores das crianças dos 0-12 meses. Tal intervenção é pertinente, pois são estes que controlam o espaço doméstico e que podem evitar situações de risco/danos (GOMES, 2010).

Em Portugal, existem diversas orientações para a prevenção de acidentes, entre as quais se destaca: o PNS 2012-2016, em que os traumatismos, ferimentos e lesões acidentais são reconhecidos como uma área de intervenção prioritária (PORTUGAL, 2012b). Os acidentes ao serem encarados como um problema de saúde prioritário no âmbito do PNS 2012-2016, justifica-se a criação do Programa Nacional de

Prevenção de Acidentes 2010-2016. Este, assenta numa abordagem de saúde pública dirigida para a promoção da segurança e prevenção de acidentes, aludindo ao envolvimento ativo da comunidade como estratégia fundamental para a melhoria dos indicadores de saúde (PORTUGAL, 2010).

O PASI (Portugal, 2012a), faz parte integrante do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016 e incide as suas intervenções com base em pressupostos: conhecer os riscos, criar ambientes seguros e minimizar os acidentes. Este, tem como objetivos reduzir o número de acidentes e a gravidade das suas consequências, destacando como área de intervenção prioritária os ADL dos 0 aos 4 anos.

Neste contexto, o Programa – Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil inclui no papel do enfermeiro comunitário os cuidados antecipatórios referentes ao primeiro ano de vida da criança. No referido programa, é preconizado que nas consultas de rotina se aumente o nível de conhecimentos e compreensão dos pais/educadores acerca das medidas preventivas dos ADL, promovendo-se assim, a adoção de comportamentos saudáveis (PORTUGAL, 2005).

O EEECSF, em diferentes contextos, tem um papel fundamental na formação em saúde junto da família da criança (cuidados antecipatórios) e não apenas em resposta às suas necessidades num processo de doença. Salienta-se assim que, o desenvolvimento de competências e comportamentos adequados na criança, o mais cedo possível, contribui para aumentar a sua segurança no futuro. Além disso, uma atuação precoce sobre a criança vítima de acidente, articulando de forma eficiente entre os serviços que lhes prestam cuidados e uma formação específica nesta área, resulta numa diminuição da mortalidade e morbilidade (WHO, 2009).

1.6.1. Promoção e Educação para a Saúde

Devido ao aumento do envelhecimento da população e à diminuição das taxas de natalidade, a WHO (2009) delineou como estratégia fundamental, a proteção da infância como forma de assegurar o futuro da sociedade. Estes factos, associados ao número de mortes prematuras evitáveis, representam ameaças emergentes à saúde das comunidades.

Assim, determinam-se novas necessidades em saúde, focalizadas nomeadamente na promoção da saúde (OE, 2011). Deste modo, existe uma crescente preocupação

em consciencializar as principais organizações de saúde, para a importância de ajudar os pais/educadores das crianças na prevenção de acidentes, bem como, a tornarem-se mais resilientes na manutenção da saúde durante toda a vida.

O RPQCEECSP identifica a promoção de saúde como um enunciado descritivo de qualidade do exercício profissional do EEECS. Este processo tem como objetivo capacitar as pessoas para que sejam capazes de controlarem a sua saúde e de melhorá-la, através do desenvolvimento de uma intervenção concreta e efetiva na comunidade (OE, 2011).

Desta forma, torna-se particularmente importante abordar a promoção da saúde, salientando o compromisso assumido na Primeira Conferência Internacional sobre o tema. Desta conferência surgiu a Carta de Ottawa (OMS, 1986), na qual se refere que a promoção de saúde, pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitam para uma vida saudável. Para tal, foram definidas cinco áreas de ação que proporcionariam às populações optar por comportamentos conducentes à saúde: construir políticas públicas saudáveis; criar ambientes favoráveis; reforçar a ação comunitária; desenvolver competências pessoais e reorientar os serviços de saúde.

Em Portugal, a Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei nº 48/90, p.3452) destaca que “(...) a promoção de saúde e a prevenção da doença (...)” são áreas prioritárias. O REPE (Decreto-Lei nº 161/96), refere que, o exercício da atividade profissional dos enfermeiros tem como um dos objetivos fundamentais, a promoção de saúde. Também no Código Deontológico Profissional, presente no Estatuto da OE, o enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção de saúde, assume o dever de “(...) conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido (...)”, bem como, “(...) participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados (...)” (DECRETO-LEI Nº 104/98, P.1754).

Respeitante à intervenção comunitária, o PNS 2012-2016 (Portugal, 2012b) contempla que a promoção de saúde dirigida à criança se encontra integrada na família, determinando a educação como factor fundamental para a promoção de estilos de vida saudáveis. Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2011) referem que a filosofia do cuidado centrado na família, deve ser reconhecida como sendo uma

constante na vida da criança e, portanto, deve apoiada e reforçada a capacidade da família na promoção do seu próprio desenvolvimento.

Considerada como componente básico na promoção de saúde, a educação para a saúde, é definida por Dias et al (2004, p.465) como um conjunto de intervenções que se executam junto dos indivíduos com o intuito de “(...) modificar os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, (...) e estarem capacitados para tomar, individual ou colectivamente, decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde”.

Carvalho e Carvalho (2006) referem ser imprescindível conhecer os grupos a que se dirige a sessão de educação para a saúde, de modo a adequar-se as estratégias de abordagem, cientes das limitações que ocorrem ao intervir-se ao nível dos comportamentos, valores e crenças. Salientando-se que, para Stanhope e Lancaster (2011) grupo é um conjunto de indivíduos que interagem e possuem objetivos comuns, onde cada membro influencia e é influenciado.

Neste contexto, a educação para a saúde dirigida a grupos na comunidade é uma abordagem fundamental, revelando-se como um dos elementos específicos aos cuidados especializados do EEECS (OE, 2011). Este, ao facultar de forma pró-ativa informação, gera conhecimentos capazes de modificar e difundir atitudes de prevenção de ADL na comunidade assumindo-se assim, como um promotor de saúde no seio da mesma.

1.6.2. Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

Para desenvolver os cuidados no âmbito da promoção de saúde, a intervenção comunitária realizada focalizou as concepções do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. De acordo com este, a promoção de saúde é entendida como um conjunto de atividades dirigidas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar do indivíduo. Surge como uma proposta para integrar a enfermagem ao estudo do comportamento, identificando os fatores que influenciam os comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva indivíduos a comprometerem-se com comportamentos promotores de saúde (PENDER, MURDAUGH E PARSONS, 2011).

Pender, incluiu quatro elementos fundamentais no seu Modelo: saúde, pessoa, ambiente e enfermagem. Para a autora, a saúde é um estado positivo em que, todas as pessoas pretendem alcançá-la, sendo mais importante o modo como cada uma define a sua própria saúde, do que o conceito genérico. A pessoa é o centro deste Modelo, expressando-se de forma única e pessoal de acordo com os esquemas cognitivos, percetivos e fatores sociais a que é exposta, provenientes do ambiente. Desta forma, as influências interpessoais possuem implicações nos sentimentos e conhecimentos associados ao comportamento. A pessoa, entendida como capaz de tomar decisões e resolver problemas, detém o foco na sua capacidade para mudar comportamentos de saúde. Relativamente à enfermagem, esta encontra-se intimamente relacionada com as intervenções e estratégias, devendo o enfermeiro colaborar com os indivíduos, famílias e comunidades ao longo do seu ciclo vital, de forma a criar condições favoráveis para expressar a otimização da saúde e o melhor nível de bem-estar (VICTOR, LOPES E XIMENES, 2005).

O Modelo de Promoção de Saúde é, fundamentalmente, um modelo de enfermagem, sendo usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde. Permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três componentes principais: as características e experiências individuais; os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o comportamento de promoção da saúde desejável, que se dividem em variáveis passíveis de serem trabalhadas (ANEXO I).

As características e experiências individuais incluem duas variáveis: o comportamento anterior, que se refere ao comportamento que deve ser mudado e que pode ter efeitos diretos ou indiretos sobre a probabilidade de adoção do comportamento de promoção de saúde; e os fatores pessoais, que são aspetos preditores de um dado comportamento, moldados pela natureza do comportamento alvo a ser considerado e que se dividem em fatores biológicos (idade, índice de massa corporal, agilidade), psicológicos (autoestima, auto motivação) e socioculturais (educação, nível socioeconómico) (VICTOR, LOPES E XIMENES, 2005).

O componente sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar, é formado por seis variáveis que constituem o foco da intervenção dado que, são passíveis de ser modificados através das intervenções de enfermagem:

percebe benefícios para ação, refere-se às representações mentais positivas que reforçam as consequências da adoção de um comportamento; percebe barreiras para ação, reporta-se às situações que podem ser antecipadas, imaginadas ou reais, podendo constituir percepções negativas sobre o comportamento e entendidas como dificuldades e custos pessoais; percebe autoeficácia, diz respeito ao juízo das capacidades pessoais de organizar e executar ações, sendo que, esta influência as barreiras percebidas à ação, de modo a que, uma maior eficácia resulta em percepções reduzidas das barreiras ao desempenho comportamental; sentimentos em relação ao comportamento, reporta-se à reação emocional direta que pode ser positiva, negativa, agradável ou desagradável; influências interpessoais, refere-se ao comportamento que pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, profissionais de saúde, ou por normas e modelos sociais; e, influências situacionais, reporta-se às percepções da compatibilidade do contexto de vida ou ambiente, e que pode facilitar ou dificultar a adoção de um comportamento específico de saúde (VICTOR, LOPES E XIMENES, 2005).

Por último, o resultado comportamental, compreende três variáveis: exigências imediatas e preferências, as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto que as preferências pessoais exercem um alto controle sob as ações de mudança de comportamento; o compromisso com o plano de ação, reporta-se às ações que possibilitam o indivíduo a manter-se no comportamento de promoção da saúde esperado; e, o comportamento de promoção de saúde, entende-se como, o resultado da implementação do Modelo (VICTOR, LOPES E XIMENES, 2005).

Em suma, o Modelo apresentado fornece ao EEECSPP uma perspectiva integrativa das variáveis que influenciam no comportamento promotor de saúde, permitindo delinear estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica.

2. METODOLOGIA

A metodologia de trabalho utilizada na intervenção comunitária foi a de Planeamento em Saúde. Este é um processo dinâmico e contínuo que tende a ser reestruturado, tendo em conta a previsão de recursos e serviços necessários no decorrer da execução, seguindo uma ordem de prioridades previamente estabelecidas. Tem uma atitude futurista e uma racionalidade na tomada de decisões (TAVARES, 1990).

O RPQCEECSP define que o EEECSPP deve estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, percorrendo as várias etapas no processo que são: diagnóstico da situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional – programação e avaliação da intervenção (OE, 2011).

Assim, seguidamente descrevem-se as etapas do processo de Planeamento em Saúde realizadas.

2.1. Diagnóstico da situação

Tavares (1990, p.51) refere que, o diagnóstico de situação enquanto primeiro passo no processo de planeamento, exige o conhecimento dos problemas e das “(...) necessidades da população beneficiária (...)”. O mesmo autor menciona que “(...) a concordância entre o diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do projeto (...)”.

Neste sentido, apresenta-se em seguida o contexto em que foi desenvolvida a intervenção comunitária, a população alvo e amostra, o instrumento de colheita de dados e por fim a análise e discussão dos dados.

Salienta-se que, para a concretização da intervenção comunitária, foi solicitado um pedido de autorização à direção do ACES, tendo sido concedida pela instituição (APÊNDICE I).

2.1.1. Contextualização do local de intervenção

A UCSP onde se desenrolou a intervenção comunitária, é um recurso da comunidade. Esta, pertence a um ACES composto por 8 USF, 11 UCSP e 2 UCC. O concelho referente ao ACES e consequentemente à UCSP, está localizado na Área Metropolitana de Lisboa, na margem norte do Rio Tejo. O concelho contém 18

freguesias, 7 vilas e 2 cidades, com uma população de 205 054 habitantes e uma área de cerca de 170 km². A UCSP localiza-se numa das freguesias a oriente do concelho, sendo constituída por 5 localidades. Possui 7,24 km² e tem 18 240 habitantes (INE, 2011).

Encontram-se inscritas na UCSP um total de 17 787 pessoas, constando uma população mista, com idades predominantes entre os 35 e os 39 anos. Tendo em consideração a definição de criança anteriormente referida, 17,99% da população da UCSP é composta por crianças, sendo que, atendendo à faixa etária dos 0-12 meses, estão inscritas na UCSP 147 crianças, das quais, 76 são do sexo feminino e 71 do sexo masculino. De referir que, apenas 85 destas crianças, são vigiadas na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, sendo 49 do sexo feminino e 36 do sexo masculino. Na UCSP a Consulta de Enfermagem é realizada de segunda a sexta-feira, em que, semanalmente, existe uma média de 15 atendimentos de crianças entre os 0-12 meses.

Para melhor enquadrar esta temática e justificar a pertinência da mesma, procedeu-se a um levantamento de dados relativo ao número de crianças que recorreu à UCSP no ano de 2011, por todos os tipos de acidentes. Assim, verificou-se a existência de 51 guias de tratamento, as quais provieram na sua maioria do hospital de referência da UCSP, seguido do CATUS, de um hospital particular e da própria UCSP. Relativamente às idades referentes aos acidentes infantis, observou-se o predomínio destes na faixa etária entre 1-3 anos, seguidamente entre os 4-6 anos e posteriormente em crianças menores de 12 meses de idade. Em relação aos acidentes mais frequentes, constatou-se que as quedas apresentaram maior prevalência, seguindo-se as queimaduras e posteriormente os acidentes rodoviários (APÊNDICE II).

2.1.2. População alvo e Amostra

A população alvo, segundo Hill e Hill (2008) corresponde a um conjunto de sujeitos que partilham ou apresentam características comuns de uma determinada área. Assim, definiu-se como população alvo: os pais/educadores das crianças dos 0 aos 12 meses, inscritas na UCSP e que frequentam a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil na mesma, representando o total de 85 crianças com os respetivos pais/educadores.

Como critérios de exclusão, foram considerados: os pais/educadores de crianças com idade superior a 12 meses; os pais/educadores que não saibam ler, escrever ou interpretar o instrumento de colheita de dados; e os pais/educadores que demonstrem incapacidade ou recusa em fornecer o consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE III).

A amostra, sendo uma representação de sujeitos que formam uma população, implica a sua determinação. Deste modo, procedeu-se ao método de amostragem não probabilística por conveniência. Este é um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não possui a mesma probabilidade de ser escolhido, o que permite ser formado por sujeitos facilmente acessíveis, que estão presentes num determinado local e momento. Apesar deste tipo de amostra ter a vantagem de ser simples, organizativa e pouca onerosa, tem o risco de ser menos representativa que a probabilística (HILL E HILL, 2008).

Assim, a amostra foi constituída pelos pais/educadores das crianças dos 0 aos 12 meses inscritas e que frequentem a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil da UCSP, com um atendimento de enfermagem no período de 7 de maio a 25 de maio de 2012, incluindo assim 30 pais/educadores.

2.1.3. Instrumento de colheita de dados

O instrumento para a colheita de dados selecionado foi o questionário que, segundo Hill e Hill (2008) permite uma recolha de dados rigorosa, fatural e objetiva, sendo para além disso, fácil e rápido de aplicar sem comprometer a obtenção de uma informação completa e relevante. Os mesmos autores referem ainda que, a informação obtida através da aplicação de um questionário é mais específica, uma vez que não surge em excesso, mas apenas aquela que é pretendida.

A recolha de dados ocorreu apenas num momento, com a aplicação do questionário “Prevenção de acidentes e intoxicações”, da autoria de Forte e Agostinho (2002). Realça-se que, para a utilização devida do questionário foi solicitada a autorização às autoras, via endereço eletrónico, tendo sido concedida pelas mesmas (APÊNDICE IV).

Assim, aquando a vinda à Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil foram verificados os critérios de exclusão, não os preenchendo, foi-lhes explicado o teor e interesse da intervenção, salvaguardando a sua confidencialidade.

No questionário foram incluídas questões fechadas para caracterização sociodemográfica dos pais/educadores das crianças dos 0-12 meses, constituindo esta a primeira parte do mesmo. Na segunda parte, através de questões dicotómicas, os pais/educadores responderam relativamente aos seus conhecimentos/comportamentos face à prevenção de ADL. Na terceira, e última parte do questionário, foi apenas respondida pelos pais/educadores cujos seus filhos/educandos, sofreram algum tipo de ADL, identificando o mesmo (APÊNDICE V). De referir que, esta última parte, se dirige não somente aos ADL relacionados com a criança entre os 0-12 meses, mas também aos ADL ocorridos com os seus irmãos, caso se verifique a sua existência.

2.1.4. Análise e discussão dos dados

Os dados recolhidos foram armazenados, processados e recodificados, tendo sido realizada uma análise estatística descritiva, através do Programa SPSS 12.0 para Windows. Segue-se assim, a apresentação dos resultados (em frequências absolutas com as respetivas percentagens, assim como, algumas médias que se consideram pertinentes) com impacto na problemática em análise e respetiva discussão. As tabelas e gráficos resultantes da análise dos dados, encontram-se em apêndice (APÊNDICE VI).

Salienta-se que, os dados recolhidos foram devidamente considerados como íntimos e privados, e o anonimato e confidencialidade dos mesmos foi devidamente salvaguardado, sem que em momento algum fosse possível associar as respostas fornecidas à identidade dos indivíduos.

- Características sociodemográficas da amostra

Verificou-se que a maioria dos acompanhantes das crianças (pais/educadores) tem idade compreendida entre os 26-36 anos, correspondendo a 53,3% dos respondentes.

Observou-se que, maioritariamente as crianças vêm acompanhadas pelas suas mães, representando 83,3% da amostra, seguindo-se dos seus pais com 10% e, dos seus avós com 6,6%.

Em relação à situação familiar constatou-se que, em 66,7% da amostra, os pais/educadores das crianças são casados e/ou vivem em união de facto.

Relativamente ao número de pessoas que vive com a criança, verificou-se que em 40% da amostra, a criança partilha a casa com 2 pessoas, seguindo-se de 3 pessoas com 33,3%; apenas uma minoria, 3,3%, vive com 1 pessoa.

Aferiu-se ainda que, em 70% da amostra, os pais/educadores das crianças possuem habilitações literárias ao nível do ensino secundário.

Por fim, em relação à situação profissional, verificou-se que, a maioria dos pais/educadores têm uma ocupação, sendo que, 60% da amostra trabalha por conta de outrem, 10% são estudantes e 6,7% trabalha por conta própria, contra 23,3% que se encontram desempregados.

De acordo com Souza e Barroso (1999) estando os ADL estreitamente relacionados com o comportamento da família, com fatores educacionais, económicos e sociais, pode-se concluir que os resultados obtidos, evidenciam escassos fatores de risco à ocorrência de ADL.

- Conhecimentos/comportamentos face à prevenção de ADL da amostra

Verificou-se que, a média de idades das crianças seguidas na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil no período estabelecido foi de 5,8 meses; as idades predominantes são de 6 meses com 23,3% e de 1 mês com 20%.

Relativamente aos conhecimentos/comportamentos da amostra, observou-se que 70% dos respondentes reconheceram os acidentes como sendo a principal causa de morte na criança, assumindo também que 90% destes acidentes são evitáveis.

Contudo, o reconhecimento da verdadeira dimensão desta problemática passa ainda despercebida, pois à semelhança do estudo de Forte e Agostinho (2002) medidas “simples”, preventivas de ADL, não são aplicadas na prática diária corrente.

Como tal, verificou-se que 63,3% dos respondentes não fez nenhuma modificação em casa quando o seu filho/educando nasceu, assim como, 53,3% não guarda produtos e substâncias perigosas fora do alcance das crianças; 70% dos pais/educadores não sabe da existência do número telefónico do CIAV e, 86,7% não possuem esse número em local facilmente acessível.

Relativamente à estrutura da habitação, 33,3% respondentes referem que têm escadas em casa, dos quais 20% não detêm sistema de segurança nas mesmas; em relação à existência de varandas, 66,7% responderam afirmativamente, sendo

que, 53,3% não têm proteção nas mesmas. De salientar ainda que, 70% não têm sistema de proteção nas tomadas elétricas; dos 40% dos respondentes com lareira em casa, 26,7% não possuem proteção; 70% dos respondentes confirmam que a criança está na cozinha quando estes preparam a refeição, e por fim, 66,7% dos respondentes não possuem proteção no fogão.

- ADL ocorridos com os filhos/educandos respeitantes à amostra

Como anteriormente referido, esta parte do questionário foi apenas preenchida por pais/educadores cujos filhos/educandos tenham sofrido algum tipo de ADL, correspondendo estes a 30% dos respondentes. Destes, observou-se ainda que, o sexo predominante foi o masculino com 77,8%. Este dado entra em consonância com o estudo de Forte e Agostinho (2002), assim como, com o estudo de Filócolmo et al (2002).

Em relação à média de idade destas crianças, constatou-se que foi de 42,33 meses, ou seja, 3 anos e meio; verificou-se mais ocorrências aos 24 meses, com uma percentagem de 22,2%. Estes dados corroboram os mencionados no Relatório ADELIA, onde se refere que, os valores mais elevados de ADL ocorridos em casa surgem entre os 0- 4 anos (INSA, 2010).

Dos 0-12 meses, pode-se considerar a ocorrência de ADL pouco significativos, contudo, é esta a fase de maior importância para a atuação na prevenção de acidentes, pois desta forma evitar-se-á acidentes futuros (FILÓCOLMO ET AL, 2002; CORREIA ET AL, 2005).

Verificou-se também que o tipo de ADL mais frequente foi a queda com 44,4% seguido da queimadura com 33,3%. De referir que, nenhum dos acidentes levou a internamento. Estes dados verificaram-se congruentes com a literatura descrita anteriormente, assim como o levantamento de dados efetuado na UCSP.

Relativamente ao dia da semana, verificou-se maior ocorrência de ADL ao sábado, 33,3%, corroborando com os resultados do estudo de Forte e Agostinho (2002).

Observou-se ainda que, as 19:00 horas, foi o período mais frequente na ocorrência de ADL com 33,3% das respostas, seguido das 20:00 e 21:00 horas, ambos com a mesma percentagem de 22,2%. Mais uma vez, afere-se que estes dados são coincidentes com os resultados do estudo de Forte e Agostinho (2002), que referem a ocorrência de acidentes durante a tarde e início da noite.

Os locais de ADL mais frequentes foram a cozinha e a casa de banho, com 44,4% e 22,2% das respostas, respetivamente, dados que, corroboram também com o estudo anteriormente mencionado.

Relativamente à ocorrência do segundo acidente por criança, verificou-se em apenas 6,7%, que corresponde a 2 crianças do sexo masculino, com média de idades de 49,5 meses (4 anos).

2.1.5. Problemas identificados

Segundo Tavares (1990), para realizar um diagnóstico de situação, é necessário o conhecimento do significado do conceito de problema de saúde, que corresponde a um estado de saúde julgado deficiente.

Assim, perante os resultados obtidos, verifica-se a existência de dois problemas proeminentes na população alvo: o défice de conhecimentos relativos às medidas preventivas de ADL e ocorrência de ADL e consequente risco de lesão.

2.2. Determinação de prioridades

A determinação das prioridades é a segunda etapa do processo de Planeamento em Saúde, e para Tavares (1990, p.83) trata-se de:

“ (...) um processo de tomada de decisão. Visando o planeamento, a pertinência dos planos, a utilização eficiente dos recursos e a optimização dos resultados a atingir pela implementação de um projecto, tornando-se necessário seleccionar prioridades, procurando saber que problema(s) se deve(m) tentar solucionar em primeiro lugar.”.

Para a determinação das prioridades é preciso ter por base critérios que devem ser tão objetivos quanto possível. Contudo, esta etapa tem um carácter subjetivo, pois depende das preferências e da experiência do próprio planificador. Assim, optou-se pela técnica da grelha de análise para a determinação das prioridades. De acordo com Tavares (1990), é uma técnica que parte dos seguintes critérios: importância do problema; relação entre problema e o(s) factor(es) de risco; capacidade técnica para resolver o problema; e exequibilidade da intervenção.

A grelha de análise (Anexo II) constrói-se ao atribuir sucessivamente uma pontuação (+) ou (-) aos critérios acima referidos, de uma forma sequencial; no final, obtém-se

o resultado a partir dos valores já inscritos na própria grelha, correspondendo o valor 1 à prioridade máxima de intervenção.

A partir da grelha de análise, e de acordo com a sequência anteriormente referida, construiu-se uma tabela com o intuito de ilustrar a classificação atribuída para cada problema que se encontra em apêndice (APÊNDICE VII).

A questão do défice de conhecimentos relativo às estratégias de prevenção de ADL, foi classificado com (+) quanto à importância do problema. Uma vez que, a falta de conhecimentos relativos às medidas preventivas de ADL no ambiente doméstico, demonstrada pelos pais/educadores das crianças dos 0-12 meses no questionário aplicado, aumenta o risco de ocorrência de ADL. Importa referir que, este facto contribui para um aumento da taxa de mortalidade e/ou morbilidade infantil por ADL, agravando-se este importante problema de saúde pública. A relação entre o problema e fatores de risco é também positiva (+), dado que, ao intervir-se a este nível, a ocorrência de ADL será menor. Em relação à capacidade técnica de intervir, também foi classificada com (+), dado que, é uma área em que as intervenções de enfermagem poderão ser várias e a resolução viável. Já a exequibilidade do projeto, é classificada com (-), devido à limitação do tempo disponível para a sua execução, dado ser inexecutável obter resultados imediatos e visíveis. Assim, o défice de conhecimentos relativo às estratégias de prevenção de ADL, obteve uma recomendação final de 2, em que a prioridade de intervenção é grande.

Quanto à ocorrência de ADL e consequente risco de lesão, dada a sua importância é classificado com (+) no primeiro critério, devido às diversas consequências a que os ADL podem conduzir, podendo reportar aos elevados custos dos anos de vida perdidos, advindo ainda as consequências específicas das mortes ou das incapacidades temporárias ou permanentes ao nível das estruturas familiares. A relação entre o problema e fatores de risco foi classificada com (-) pois, apesar do risco de lesão estar inerente à ocorrência dos ADL, não é por diminuir a ocorrências dos ADL, que se irá diminuir o risco de lesão, porque esse risco estará sempre presente. A capacidade técnica de intervir é positiva (+) pois a educação sobre os cuidados a ter após a ocorrência de ADL é díspar e daí verificar-se também pertinente atuar sobre este problema. Devido à limitação de tempo, a exequibilidade é também negativa (-). Deste modo, a ocorrência de ADL e consequente risco de lesão obteve uma recomendação final de 6, em que a prioridade é baixa.

De referir que, apesar do primeiro critério ser bastante discriminativo, ao classificar-se os dois problemas com (+), permitiu que as abordagens subsequentes, através dos outros critérios, alterasse a recomendação, não tendo sido assim, a mesma condicionada logo à partida (TAVARES,1990).

Verificou-se assim, que a utilização deste método foi objetiva, tendo os resultados obtidos recomendado, como problema prioritário, a execução de um projeto que vise a intervenção para o défice de conhecimentos relativo às medidas preventivas de ADL. No entanto, como refere Tavares (1990, p. 101), a determinação de um problema prioritário indica-nos apenas o rumo que o projeto deve tomar e “(...) que o seu enunciado deva ser coerente (...)”. Deste modo, não é obrigatoriamente necessário ignorar os restantes problemas identificados na etapa do diagnóstico de situação, ou seja, poderá também intervir-se, sendo somente uma questão de “(...) disponibilidade de recursos – humanos, físicos e/ou financeiros.”.

Posto isto, no presente projeto, para além de se intervir no problema recomendado pelo método escolhido, irá intervir-se também ao nível da ocorrência de ADL e consequente risco de lesão, dado que ambos os problemas se inter-relacionam. Desta forma, ao intervir ao nível dos conhecimentos da população alvo, vão obter-se ganhos como sejam: o aumento da segurança no domicílio, a diminuição de fatores de risco e, consequentemente, existirá uma diminuição da ocorrência de ADL e do respetivo risco de lesão.

2.2.1. Diagnósticos de enfermagem

De acordo com o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, verificou-se que, os problemas identificados enquadram-se ao nível das cognições do comportamento, sendo passíveis de serem modificados através de intervenções de enfermagem.

Pender, Murdaugh e Parsons (2011) referem que, os prestadores de cuidados de saúde podem influenciar de modo positivo ou negativo a adoção de comportamentos promotores de saúde. Assim, tendo em conta a finalidade do presente projeto, torna-se necessário estabelecer diagnósticos de enfermagem, que permitam a escolha das intervenções de enfermagem a implementar direcionadas para os resultados que se pretendem atingir.

Neste contexto, a OE (2011) considera a CIPE[®]2, um instrumento basilar para a prática de enfermagem e sendo esta a nomenclatura utilizada ao nível profissional através do Programa SAPE, definiu-se os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Défice de conhecimento relativos às medidas preventivas dos ADL, num grupo de pais/educadores das crianças dos 0-12 meses, inscritos e que frequentam a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, na UCSP;
- Risco de lesão relacionado com a ocorrência de ADL nas crianças dos 0-12 meses, inscritas e que frequentam a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, na UCSP.

2.3. Fixação de objetivos

Esta etapa é para Tavares (1990) essencial, pois, através de uma correta fixação de objetivos, é possível realizar uma avaliação pertinente dos resultados obtidos. Assim, procedeu-se à fixação dos objetivos a atingir, à tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas, à seleção de indicadores e à determinação da tendência do problema.

Para Tavares (1990, p.113/116), “(...) não interessam objectivos vagos e impossíveis de serem atingidos, devem ser bem formulados e fornecer normas e critérios às actividades (...)” Assim, um objetivo deverá ser “(...) pertinente (...) preciso (...) realizável (...) e mensurável (...)”. Para além das características de tipo estrutural dos objetivos, o mesmo autor enumera ainda cinco elementos que devem estar implícitos na sua formulação, que são: a natureza da situação desejada; os critérios de sucesso ou de fracasso; a população alvo; a zona de aplicação do projeto; e o tempo em que deverá ser atingido.

Assim delineou-se, como objetivo geral da intervenção comunitária:

- Capacitar os pais/educadores das crianças entre os 0-12 meses, inscritas e que frequentam a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil na UCSP, com conhecimentos relativos à prevenção de ADL e suas consequências, de 1 outubro de 2012 a 15 fevereiro de 2013.

Em sequência do objetivo geral, surgem os objetivos operacionais ou metas que, segundo Tavares (1990, p.133) são “(...) o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades (...) mensuráveis a curto prazo.”. Assim, cada atividade contribui para a obtenção de um objetivo operacional e o seu conjunto permite atingir o objetivo geral da intervenção comunitária.

Por conseguinte, determinou-se como objetivos operacionais:

- Aumentar em 70% os conhecimentos dos pais/educadores das crianças dos 0-12 meses sobre medidas preventivas de ADL;
- Ampliar em 70% os conhecimentos dos pais/educadores das crianças dos 0-12 meses sobre como atuar perante uma situação de ADL.

Tavares (1990) salienta a pertinência da seleção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários, revelando a dimensão atual desses próprios problemas, assim como, a sua evolução. Desta forma, e seguindo o Planeamento em Saúde defendido por este autor, consideram-se dois tipos de indicadores: os indicadores de resultado ou impacto e os indicadores de atividade ou execução.

Os indicadores de resultado ou impacto, medem a situação atual do problema identificado, e devem traduzir os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (TAVARES, 1990). Desta feita, foram definidos:

- Nº de pais/educadores que aumentaram os seus conhecimentos relativos às medidas preventivas de ADL/ Nº total de pais/educadores de crianças dos 0-12 meses, inscritos e que frequentam a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil da UCSP, constituintes da amostra $\times 100$;
- Nº de pais/educadores que ampliaram os seus conhecimentos sobre como atuar perante uma situação de ADL/ Nº total de pais/educadores de crianças dos 0-12 meses, inscritos e que frequentam a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil na UCSP, constituintes da amostra $\times 100$.

Os indicadores de atividade ou execução relacionam-se diretamente com as atividades planeadas (TAVARES, 1990). Neste sentido, delineou-se os seguintes indicadores:

- Nº sessões realizadas na UCSP/ Nº de sessões programadas na UCSP $\times 100$;

- N° de pais/educadores presentes na sessão de educação para a saúde/ N° total de pais/educadores de crianças dos 0-12 meses, inscritos e que frequentam a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e juvenil na UCSP, constituintes da amostra $\times 100$;
- N° de folhetos distribuídos nas sessões de educação para a saúde/N° total de pais/educadores que participaram nas sessões de educação para a saúde $\times 100$;
- N° de pais/educadores que avaliaram de forma satisfatória as sessões de educação para a saúde/N° total de pais/educadores que participaram nas sessões de educação para a saúde $\times 100$.

Por fim, relativamente à tendência do problema, este aspeto não foi passível de ser estabelecido, por não haver dados anteriores de referência alusivos aos problemas identificados.

2.4. Seleção de estratégias

Esta é uma etapa de extrema importância, pois é dela que se concebe a forma e o processo mais adequado para responder aos problemas de saúde priorizados, ou seja, perante um conjunto coerente de técnicas específicas e organizadas é possível alcançar os objetivos delineados (TAVARES,1990).

Salientando que, os problemas de saúde anteriormente priorizados incidem no défice de conhecimentos, e tendo em consideração que a saúde e a educação são dois campos com capacidades de potencialização, tornou-se imperativo estabelecer como estratégia basilar nesta intervenção comunitária a educação para a saúde (RODRIGUES, OLIVEIRA E BARROSO, 2005).

A educação para a saúde ao ter como objetivo principal a promoção de saúde através da educação dos indivíduos, possibilita transmitir informação e influenciar as normas sociais relativas aos conhecimentos das medidas preventivas dos ADL no grupo de pais/educadores das crianças dos 0-12 meses. Neste sentido, deve ser vista como o dever de promover a autoestima e autoconfiança nos indivíduos, por forma a auto capacitá-los “*empowerment*” e a adquirirem maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde (CARVALHO E CARVALHO, 2006).

Devido ao impacto positivo que detém na saúde dos indivíduos, a educação para a saúde deve ser um direito de todos os cidadãos em qualquer fase da sua vida, conforme é reconhecido na Carta de Ottawa (OMS, 1986). Deve começar na família, e continuar em todas as fases do seu desenvolvimento, prolongando-se no local de trabalho, na comunidade, nos media, entre outros locais. Nesta multiplicidade de cenários, os cuidados de saúde primários, são um dos locais mais ricos, quer pela presença de profissionais de saúde formados, quer pela presença de utentes que procuram cuidados especializados. Pender, Murdaugh e Parsons (2011) referem que, os cuidados de saúde primários são um espaço ideal para oferecer uma gama de serviços, incluindo a promoção de saúde e prevenção de doença e acidentes, assim como, aconselhamento relativo a intervenções comportamentais que visem promover estilos de vida saudáveis.

Os cuidados de saúde primários, ao serem reconhecidos pelos indivíduos como um espaço onde se concentram profissionais altamente qualificados, possibilitam expandir conhecimentos e desenvolver a sua autonomia respeitante à saúde. A forma como a educação para a saúde pode ser efetuada com eficácia não é clara e necessita de estudos mais aprofundados, no entanto, sabe-se que os alicerces para uma boa saúde na idade adulta são construídos na fase pré-natal e durante a infância, pelo que todas as oportunidades de apoio à criança e família devem ser maximizadas (RODRIGUES, OLIVEIRA E BARROSO, 2005).

Neste contexto, Pender, Murdaugh e Parsons (2011) consideram que, a faixa etária onde se insere a amostra da intervenção comunitária é a ideal para promover a educação para a saúde. Salientando que, apoiar a família para o autocuidado é particularmente importante nesta faixa etária, pois é nesta altura que a família assume a responsabilidade para modelar e ensinar os seus filhos/educandos para cuidados competentes. Assim, os pais/educadores ao serem os primeiros e principais prestadores de cuidados da criança, tornam-se um dos alvos prioritários de intervenção no que diz respeito a mudanças de comportamento para promover o desenvolvimento infantil sem experiências traumáticas.

Segundo a OE (2003) o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa/grupo. Assim, para alcançar o melhor nível de saúde comunitária, as estratégias envolvidas na introdução de

comportamentos saudáveis centrados na prevenção de ADL foram dirigidas a um grupo de pais/educadores como um todo, representando uma abordagem fulcral.

Silva et al (2003) referem que o trabalho com grupos é reconhecido como estratégia de promoção de saúde, cuja prática vem sendo cada vez mais valorizada, principalmente no contexto da enfermagem. Esta valorização deve-se ao facto de, em grupo ser mais fácil aprofundar discussões, ampliar os conhecimentos sobre a saúde e conduzir o processo de educação em saúde. Por este motivo, a educação para a saúde é, considerada uma excelente oportunidade para provocar mudanças no sentido de melhorar a saúde, com impacto nos indivíduos e de forma global em toda a comunidade. Também Pender, Murdaugh e Parsons (2011), reconhecem a importância do trabalho em grupo, referindo que a formação de grupos proporciona um ambiente para a promoção do crescimento, que suporta comportamentos de promoção de saúde, autoestima, e de alto nível de bem-estar, contribuindo para obtenção de ganhos em saúde.

Seguindo esta linha de pensamento, Stanhope e Lancaster (2011, p.304) referem que a formação proporciona aos indivíduos a tomada de “(...) decisões relacionadas com a saúde de forma fundamentada, assumir pessoalmente a responsabilidade pela sua saúde e lidar efectivamente com as alterações na sua saúde e estilo de vida (...)”.

O RPQCEECSP refere que comunicação para a saúde é uma estratégia chave destinada a informar a população sobre questões relacionadas com a saúde (OE, 2011). Assim, Peres e Leite (2005), mencionam que a informação surge como a manifestação ou expressão de um conteúdo de conhecimento qualquer (seja um facto, um dado, um acontecimento, um resultado científico, um gesto, um sentimento) ou seja, tudo o que se deixa conhecer. Nos serviços e instituições de saúde, de acordo com os autores anteriormente referenciados, as informações constituem a base para as ações, integrando uma estratégia que visa dar sentido às mudanças do ambiente externo, para gerar novos conhecimentos por meio da aprendizagem e para tomar decisões importantes. Assim, na intervenção comunitária, outra estratégia utilizada, foi a disponibilização de informações corretas, atualizadas e relevantes destinadas ao grupo alvo, no momento e na forma adequada.

Pender, Murdaugh e Parsons (2011), consideram que a educação em saúde é uma estratégia de capacitação para que os indivíduos assumam a responsabilidade e controle sobre os determinantes pessoais, sociais e ambientais da sua saúde.

Neste âmbito, a aplicação do Modelo de Nola Pender no presente projeto revelou-se pertinente pois, através da identificação dos fatores cognitivos e preceptivos determinantes do comportamento promotor de saúde, no grupo de pais/educadores, foi possível, reconhecer o seu comportamento anterior relativo à prevenção de ADL. Salientando-se que este, depende individualmente das atitudes dos pais/educadores e das normas sociais pelo que cada um deles se rege.

O comportamento anterior foi a condição padrão para a realização de um plano de ação que visou a modificação das cognições e afetação do comportamento através da perceção dos benefícios, da diminuição das barreiras à ação e do aumento das crenças de autoeficácia percebida, de modo a contribuir para a capacitação do grupo para uma tomada de decisão compatível com comportamentos promotores de saúde.

Refletindo sobre a CIPE[®]2 (ICN, 2011), e de forma sumária, o EEECSPP em educação para a saúde deve informar (comunicar algo) e educar, transmitindo conhecimentos sobre saúde. Desta forma, precisa de fornecer a informação sistematizada, ou seja, instruir, integrando-a no contexto, tendo que, saber explicar para tornar a informação percetível. Em todo este procedimento deve também aconselhar, capacitando a pessoa para tomar a sua própria decisão, devendo ainda orientar a pessoa para uma decisão, de modo a otimizar, isto é, conseguir o melhor resultado em termos de saúde.

2.5. Preparação operacional – programação

Prosseguindo a Metodologia do Planeamento em Saúde, a preparação operacional é a quinta etapa, na qual Tavares (1990) refere que se deve especificar as atividades de acordo com os objetivos operacionais estabelecidos.

Fazendo referência ao mesmo autor, cada atividade a ser desenvolvida deverá ser especificada seguindo os seguintes parâmetros: o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; objetivos a atingir; e avaliação da atividade. Através destes parâmetros consegue-se formular

uma programação, que possibilita explicar com pormenor, cada uma das atividades realizadas.

Tendo em consideração os objetivos anteriormente delineados, foram elaborados planos operacionais que contêm as informações acima referidas e detalhadas, por ordem cronológica da sua realização (APÊNDICE VIII). Seguidamente será apenas exposto uma justificação e narrativa da execução.

Visto ser fundamental, que os intervenientes da intervenção comunitária participem de forma ativa no processo de tomada de decisão, e assim aumentem o êxito das ações que visem a melhoria do seu estado de saúde, procedeu-se ao estabelecimento de várias parcerias comunitárias. Que se revelaram também, como elementos facilitadores na implementação e dinamização das atividades.

Importa salientar que, na validação das atividades desenvolvidas, foi solicitado o apoio da enfermeira responsável pelo ensino clínico na UCSP, da enfermeira coordenadora da mesma unidade assim como, da professora orientadora.

- Atividade 1 – Sessão de educação para a saúde sobre a “Prevenção de ADL”

Esta atividade contou com a colaboração da associação na área da promoção de segurança infantil, que tem como desígnio a promoção da melhoria da qualidade de vida das crianças e jovens, assegurando assim o desenvolvimento de um ambiente promotor de saúde que lhes permita crescer em segurança. Esta parceria mostrou-se por isso pertinente (Apêndice IX), porém surgiu, um obstáculo ao seu estabelecimento, dada a necessidade de investir monetariamente para a sua realização. Assim, com o bloqueio de verbas por parte do ACES e a impossibilidade de remunerar o valor solicitado, foi proposto uma negociação do orçamento inicialmente realizado pela associação. Após a negociação, estabeleceu-se vários contatos por via telefónica e correio eletrónico, com vários laboratórios da indústria farmacêutica (Apêndice X), que se tornaram a solução mais viável para colmatar a situação verificada. Os contatos realizados foram bem-sucedidos, tendo-se conseguido que dois laboratórios se responsabilizassem pela disponibilização da verba.

Relativamente aos conteúdos da sessão, estes foram selecionados e organizados em conjunto com a formadora da associação, numa sequência lógica (APÊNDICE XI). Assim, a informação foi transmitida por esta, ao grupo de pais/educadores

através dos métodos pedagógicos expositivos e interrogativos. Salienta-se que, durante a sessão, foi promovido o feedback do grupo, com o objetivo de criar maior dinamismo e melhorar o desempenho do mesmo.

Foi também utilizado o recurso à exposição participada, nomeadamente através de um trabalho preliminar de leitura, ou seja, antes de iniciar a sessão, foi entregue um folheto elaborado com os resultados obtidos no diagnóstico de situação e discutido em grupo (APÊNDICE XII). Este método, suscitou desde o início um maior envolvimento e participação do grupo, uma vez que os formandos sentiram-se ligados efetiva e positivamente à atividade.

No final da exposição, foi reservado um tempo para perguntas e respostas, sendo um momento da formação que, tradicionalmente é também utilizado para suscitar a participação do grupo. De referir ainda que, foi distribuído no fim da sessão o folheto “Vale a Pena Crescer em Segurança”, promovido pela associação envolvida nesta atividade (ANEXO III).

- Atividade 2 – Sessão de educação para a saúde sobre “Primeiros Socorros”

À semelhança da atividade anterior, a informação relativa aos primeiros socorros a prestar após a ocorrência de ADL, foi transmitida ao grupo através do método pedagógico expositivo, nomeadamente pela projeção em power-point (Apêndice XIII), fazendo também recurso ao método demonstrativo. No caso, demonstrou-se a técnica de desobstrução de vias áreas em lactentes, dando particular realce aos gestos mais adequados. Optou-se por este método por possibilitar esclarecer as dúvidas que surgem durante o processo de demonstração, por evidenciar os momentos mais importantes da técnica, assim como, os problemas técnicos inerentes à realização da mesma (MÃO-DE-FERRO, 1999)

No final da exposição, foi igualmente reservado um tempo para perguntas e respostas, que apesar de alguns participantes se mostrarem receosos em levantar questões, por temer expor eventuais fragilidades (reais ou apenas sentidas) suscitou grande participação entre o grupo de pais/educadores.

Salienta-se que, a parceria estabelecida via correio eletrónico, com o CIAV (Apêndice XIV), para a disponibilização do folheto “Intoxicações” (Anexo IV), foi de particular relevância. Dado, o desconhecimento do número de contato do CIAV por parte do grupo de pais/educadores, a divulgação deste folheto na atividade,

permitiu-lhes ficarem com informação escrita, para que em caso de necessidade, esteja facilmente acessível, para além de também ajudar a consolidar a informação transmitida durante a sessão de educação para a saúde.

Com o intuito de potenciar a utilização de metodologias que promovam a interação e assim, a melhoria da compreensão da informação transmitida, foi estabelecida com sucesso, nova parceria com laboratórios da indústria farmacêutica, via telefónica, para a aquisição de produtos e utensílios necessários para a construção (em conjunto com o grupo de pais/educadores), de um *kit* de primeiros socorros (APÊNDICE XV).

Importa referir que, ambas as sessões de educação para a saúde, pretendiam ser recursos que criassem um ambiente de satisfação das necessidades do grupo de pais/educadores, de modo a não comprometer o comportamento promotor de saúde. Por este motivo, procedeu-se à distribuição de um questionário de satisfação das sessões de educação para a saúde, no final de cada uma das atividades anteriormente referidas (APÊNDICE XVI).

- Atividade 3 – Sessão de sensibilização aos profissionais de saúde
“Prevenção de ADL”

Na observação das consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil na UCSP, verificou-se uma escassa abordagem feita à prevenção de ADL por parte dos profissionais, o que reflete a pouca consciencialização para uma realidade que, atualmente, é aceite como um grave problema de saúde pública. Esta consulta, constitui um momento privilegiado de partilha com a criança e família, permitindo a observação de eventuais comportamentos de risco, bem com fomentar a cultura de prevenção ao longo dos diferentes estadios do desenvolvimento infantil, respeitando o contexto familiar, socioeconómico e cultural (OLIVEIRA E CADETTE, 2007).

O confronto com a realidade, e o facto de se pretender garantir a continuidade do projeto de intervenção comunitária implementado durante o estágio, levou à realização de contatos informais, de modo a sensibilizar os profissionais da UCSP para a importância de capacitar os pais/educadores para a prevenção de ADL. Uma vez que, a falta de conhecimentos e competência nesta área resulta, na seleção de medidas ineficazes para a prevenção dos ADL e suas consequências.

Neste sentido, foi solicitado à enfermeira coordenadora da unidade, assim como, à enfermeira orientadora do ensino clínico, a realização de uma sessão formal aberta aos profissionais da UCSP, expondo aos mesmos todo o processo de planeamento e implementação do projeto, assim como os resultados obtidos e as implicações para a prática, nomeadamente, no que diz respeito à uniformização dos registos de enfermagem relativos a esta temática, no SAPE (APÊNDICE XVII).

O pedido foi aceite, tendo sido considerado pertinente alargar a presença para profissionais do ACES (APÊNDICE XVIII).

No decurso da preparação da atividade, foi estabelecida um contato com a DGS, nomeadamente com a coordenadora do plano nacional de prevenção de acidentes, que facultou, via correio eletrónico, uma ficha de segurança infantil (ANEXO V). Esta ficha, revelou-se útil na prática de enfermagem, uma vez que, permite uniformizar e dirigir os ensinamentos relativos à prevenção de acidentes de acordo com a idade da criança, assim como, facilitar o seu registo no SAPE.

No mesmo contexto, e dado o seu desconhecimento, foi também divulgado no decorrer da atividade, um manual para profissionais de saúde sobre esta temática. Este manual é da autoria da associação na área da promoção de segurança infantil, envolvida na atividade 1, e encontra-se integrado no “*Kit de Apoio*”. O *kit*, para além do manual, é composto por vários folhetos informativos sobre medidas preventivas de acidentes na criança até aos 12 meses de idade, e por, um cd que contém várias comunicações relativas ao impacto dos acidentes na criança. Todo este material de apoio fez parte da construção de um portefólio, que incluiu ainda o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes, e o Relatório ADELIA 2006-2008. O referido portefólio foi entregue na direção do ACES, para ser consultado por quem pretender e futuramente será reproduzido para todas as UCSP e USF que constituem o ACES (APÊNDICE XIX).

2.6. Avaliação

Esta é a etapa final da Metodologia do Planeamento em Saúde que, de acordo com Tavares (1990), estabelece um mecanismo de retrospectiva sobre todas as etapas anteriores, sendo transversal a cada uma delas. Assim, comporta como funções principais, a determinação do grau de sucesso na obtenção dos objetivos, baseado

em critérios e normas, e a realização da confrontação entre os objetivos e as estratégias.

De modo a proceder-se à avaliação da intervenção comunitária, é essencial mencionar e esclarecer o decréscimo do número de participantes que sucedeu no decorrer do seu desenvolvimento. De salientar que, apesar de ter sido esclarecido que qualquer elemento do grupo poderia abandonar a intervenção sem qualquer prejuízo ou necessidade de justificação, respeitando os princípios éticos, todos os participantes que a abandonaram, sentiram a necessidade de o justificar. Assim, antes de se dar início às atividades, um elemento tinha sido transferido, ficando impossibilitado de marcar presença em qualquer uma das atividades programadas. Em relação à atividade 1, dois participantes ficaram impossibilitados de comparecer no horário previsto, devido a questões laborais, não sendo possível proceder à alteração da hora agendada, em prejuízo dos restantes participantes. Relativamente à atividade 2, três participantes não compareceram também devido à incompatibilidade de horário com o horário laboral e dois participantes informaram que, por motivos de doença dos seus filhos, não poderiam comparecer. Deste modo, para a fase de avaliação, na atividade 1 serão considerados 27 elementos como constituintes do grupo e na atividade 2, 24 elementos.

Tendo em consideração que para Redman (2003, p.86) a avaliação escrita, proporciona “(...) uma excelente oportunidade para avaliar a aprendizagem a todos os níveis do domínio cognitivo, com uso eficiente do tempo do formador.” no que se refere aos indicadores de resultado da atividade 1, a sua avaliação teve por base os dados resultantes da aplicação do instrumento de colheita de dados, o mesmo que foi aplicado no diagnóstico de situação, com a variante de se ter aplicado apenas a parte referente aos conhecimentos/comportamentos relativos às medidas preventivas de ADL (II - Parte). Visto tratar-se de um questionário de conhecimentos, foi considerado possível a sua aplicação, num segundo momento (ocorrido aquando os pais/educadores compareciam na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil), apesar do curto espaço de tempo da intervenção que, limita a avaliação de ganhos efetivos ao nível da adoção de comportamentos promotores de saúde.

Relativamente à atividade 2, verificou-se a inexistência de um questionário coerente com os objetivos que se pretendiam avaliar, bem como, ao conteúdo da sessão. Assim, foi elaborado um questionário de avaliação de conhecimentos com questões

dicotómicas, que foi também aplicado aos pais/educadores aquando a sua vinda à Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil (APÊNDICE XX).

Neste seguimento, procedeu-se à avaliação dos indicadores (Apêndice XXI). Em relação aos indicadores de resultado verificou-se que, 73% dos participantes aumentaram os seus conhecimentos relativos às medidas preventivas de ADL e 77% dos participantes ampliaram os seus conhecimentos sobre como atuar perante uma situação de ADL. Podendo-se desta forma, mencionar que os objetivos delineados para a intervenção comunitária foram atingidos, ditando o sucesso da mesma.

Respeitante aos indicadores de atividade, verificou-se em ambas as atividades (1 e 2) uma taxa de 100%, no que se refere às atividades realizadas em comparação com as previstas na UCSP e uma taxa de 100%, relativa à distribuição de folhetos.

Quanto à taxa de participação, foi de 90% na atividade 1 e de 80% na atividade 2.

De acordo com, o RPQCEECSP (OE, 2011) o EEECSPP deve otimizar fluxos de informação e recursos tendo em vista a máxima satisfação do grupo/comunidade. A avaliação da satisfação do utente não só se assume como um indicador importante da qualidade dos serviços de saúde, onde o utente tem um papel fundamental na avaliação dos cuidados a que é sujeito, como está diretamente relacionada com a adesão ao comportamento que visa a melhoria do estado de saúde. Neste contexto, Santos (2009) refere que, o conceito da satisfação do utente é o resultado das diferenças entre as expetativas do utente em relação aos cuidados e a sua perceção dos cuidados realmente recebidos. Assim, no presente projeto, verificou-se que a perceção dos pais/educadores foi muito positiva relativamente à satisfação que as sessões de educação para a saúde proporcionaram. Sendo que, na sessão da atividade 1, 81% dos pais/educadores consideram-na como *satisfaz muito* e na sessão da atividade 2, 96% dos participantes também a consideraram a este nível.

Por fim, e apesar de não constar como critério de avaliação da intervenção, é pertinente referir a avaliação de carácter subjetivo, defendida por Tavares (1990). Nesta avaliação, valorizaram-se os feedbacks fornecidos durante e no final das atividades, presentes nas frases e agradecimentos referidos pelo grupo de pais/educadores. Como exemplo, pode-se referir que muitos dos participantes verbalizaram agrado por este tipo de iniciativa, com esta temática. Além disso,

salientaram que este tipo de atividades deveria ser feito com maior regularidade e replicado para novos grupos, adaptando e integrando os acidentes rodoviários. De realçar que, para a atividade 2, alguns dos participantes solicitaram autorização para que familiares diretos pudessem assistir. Este pedido foi recebido e aceite como um factor estimulante, dado que, foi uma forma destes familiares também receberem os conhecimentos que foram transmitidos, o que se justifica, uma vez que, residem em conjunto com os participantes da intervenção. Deste modo, percebeu-se a importância e o impacto positivo que esta intervenção comunitária teve na vida deste grupo de pais/educadores.

3. CONCLUSÃO

Este capítulo apresenta as principais conclusões do projeto de intervenção comunitária. Por uma questão de organização, será dividido entre a reflexão sobre as competências adquiridas como EEECSPP na consecução do projeto, e as considerações finais, que referencia as implicações/recomendações para a prática, assim como, as limitações do projeto.

3.1. Reflexão sobre as competências adquiridas

Como ponto de partida para o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária considerou-se essencial, ter noção que a saúde comunitária desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade.

Neste contexto, e tendo por base as competências específicas do EEECSPP (REGULAMENTO N.º128/2011), salienta-se que este percurso permitiu a avaliação do estado de saúde de um grupo da comunidade através da concretização das várias etapas da Metodologia de Planeamento em Saúde. Especificamente, foi possível aplicar e adquirir conhecimentos relativos às técnicas de investigação, colheita de dados, tratamento e análise dos dados, favorecendo assim a participação em projetos de investigação. Importa referir que, a problematização do fenómeno saúde/doença, neste caso os ADL nas crianças dos 0-12 meses, foi efetuada tendo por base uma perspetiva de enfermagem comunitária. Assim, de modo a justificar a pertinência e necessidade de intervenção dirigida a esta problemática, foram realizadas pesquisas e análises em artigos, relatórios e planos de saúde nacionais e internacionais.

A participação do EEECSPP na “(...) avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção (...)” leva, com eficiência “(...) à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução dos projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania.” (REGULAMENTO 128/2011, P.8667).

Neste sentido, esta intervenção comunitária foi também, documentada de forma sistemática, com recurso a um referencial teórico de enfermagem (concretamente o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender), que viabilizou a conceptualização

do processo de adoção de comportamentos de promoção de saúde. Neste âmbito e na educação para a saúde, em articulação com a Metodologia de Planeamento em Saúde, possibilitou o desenvolvimento do processo de capacitação do grupo em questão, proporcionando a partilha de conhecimentos, assim como, a replicação da informação que potenciou a promoção de saúde da comunidade em que estão inseridos. De realçar que, o êxito desta intervenção teve também em consideração o estabelecimento de parcerias comunitárias que, através do seu apoio e cooperação facilitaram a implementação da mesma. Assim, é possível considerar que foi usada uma abordagem consertada e adaptada ao contexto fazendo recurso à aplicação de conhecimentos multidisciplinares e multiprofissionais na resolução dos problemas verificados na comunidade

Como explicitado no enquadramento conceptual, o projeto de intervenção comunitária enquadra-se nos objetivos estratégicos do PNS 2012-2016 (Portugal, 2012b), como forma a dar resposta a uma problemática já identificada e definida como prioritária na realidade portuguesa; Enquadra-se também no Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (Portugal, 2010) e no Programa – Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil (Portugal, 2005), numa lógica de integração e cooperação com os diferentes programas de saúde. Deste modo, considera-se que, se adquiriu competências na integração dos objetivos do PNS, neste projeto.

A composição do presente relatório, revela o desenvolvimento de competências de comunicação e de divulgação da prática científica, assim como, de investigação, viabilizando a transmissão dos resultados e sugestões com implicações para a prática, através da prática baseada na evidência. Também a atividade dirigida aos profissionais da UCSP e ACES, contribuiu para o desenvolvimento das competências anteriormente referidas. De referir ainda que, no desenvolvimento da competência de divulgação da prática científica, a mobilização da CIPE[®]2 (ICN, 2011) mostrou-se enriquecedora ao proporcionar o recurso a uma terminologia internacionalmente considerada como uma ferramenta elementar para a prática de enfermagem.

Importa por fim mencionar que, as competências adquiridas serão gradualmente melhoradas, pois consideram-se uma construção inacabada, em evolução ao longo de toda a vida e em crescimento contínuo na relação com os outros.

3.2. Considerações finais

As crianças caracterizam-se por apresentar uma saudável curiosidade que potencia o risco de ocorrência de acidentes. Estes comportamentos exploratórios são essenciais ao desenvolvimento harmonioso da criança, mas deverão ser contrabalançados pela adoção de estratégias preventivas. O ambiente doméstico deve proporcionar vantagens para a saúde e o bem-estar da criança em todas as suas dimensões, no entanto, os pais/educadores ao acreditarem que conhecem muito bem o ambiente domiciliar, negligenciam a sua prevenção (GOMES, 2011).

A relação entre a idade da criança, o meio envolvente e, a análise dos comportamentos/conhecimentos dos pais/educadores perante os ADL, revelou que a prevenção permite minimizar a ocorrência de ADL e suas consequências. Assim, para se prevenir os acidentes é necessário pensar em termos de antecipação, ou seja, modificar o ambiente doméstico antes da ocorrência de um ADL.

Neste contexto, com os problemas identificados, pretendeu-se contribuir para a literacia em saúde do referido grupo, em que a educação para a saúde, assim como, o estabelecimento de parcerias comunitárias, revelou-se favorecedora da consciencialização da importância das medidas preventivas de ADL. Através de um padrão horizontal de comunicação proporcionaram-se momentos de discussão e partilha de informação que promoveram motivação, satisfação e o desenvolvimento quer de competências pessoais como de autoestima.

O uso da Metodologia em Planeamento em Saúde, evidenciou ser uma ferramenta de trabalho benéfica, permitindo garantir de forma adequada a gestão de recursos no processo de planeamento e implementação da intervenção. A sua complementaridade com o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender permitiu justificar e alicerçar as atividades desenvolvidas, no âmbito da prevenção primária. Possibilitando também, o reconhecimento de alterações ao nível das cognições específicas conjecturando futuros ganhos em saúde no grupo de pais/educadores.

Como limitações ao projeto, verificou-se a existência de um curto período de tempo para a sua implementação e desenvolvimento, o que condicionou efetivamente a avaliação dos indicadores de resultado. Impossibilitando, deste modo, a avaliação relativa à adoção de comportamentos promotores de saúde, ou seja, à adoção efetiva de medidas preventivas de ADL. Uma vez que, de acordo com Pender,

Murdaugh e Parsons (2011) a mudança de comportamento progride através de cinco fases, nas quais, não é esperado ocorrer uma efetiva mudança de comportamento nos seis meses subsequentes à intervenção.

Neste contexto, para a garantir a continuidade do projeto, foi uma mais-valia a realização da sessão formal de sensibilização aos profissionais da UCSP e ACES, que agora despertados para esta problemática poderão abordá-la nos seus locais de trabalho, contribuindo para além de uniformizar conceitos e ensinamentos, fomentar uma cultura preventiva, para que toda a comunidade, esteja envolvida e motivada para esta temática. A enfermeira coordenadora de saúde pública manifestou interesse e receptividade em integrar este projeto, pretendendo alargá-lo a outras faixas etárias e, incluir o tema da prevenção dos acidentes rodoviários. De referir ainda que, no sentido de monitorizar a mudança de comportamentos da atual intervenção, realizar-se-á a longo prazo intervenções continuadas e ajustadas à problemática em questão, nomeadamente a implementação de visitas domiciliárias, como preconiza o PASI.

Ao abordar a prevenção dos ADL em crianças, tornou-se clara a complexidade que esta problemática envolve. Apesar de uma resolução aparentemente simples, baseada no reconhecimento e na mudança de comportamentos, os números traduzem pouca efetividade. Surge assim, outra questão que pode constituir outro ponto de partida digno de investigação, nomeadamente, qual a influência das representações, crenças e valores do núcleo familiar no mundo dos ADL.

Acreditando que a excelência do cuidar passa pela sobrevivência e salvaguarda do bem-estar e da qualidade de vida futura dos mais novos, é fundamental o aprofundamento de conhecimentos nesta área. Tal como refere Cordeiro (2011), de que vale o esforço para que se vigie a gravidez, se faça a prevenção e deteção de várias doenças e as crianças nasçam saudáveis, se vacinem, tenham uma alimentação adequada, se as mantemos sujeitas aos vários riscos que existem no ambiente que os rodeia e no qual, a criança tem que crescer e viver.

Em suma, o cumprimento dos objetivos propostos para esta intervenção, permitiu capacitar um grupo de pais/educadores de crianças dos 0-12 meses para a prevenção de ADL. Do mesmo modo, a finalidade de desenvolver competências para uma prática de cuidados de enfermagem comunitária de modo a otimizar as relações com grupos e comunidades, foi colmatada quer com a realização desta intervenção comunitária, quer com a elaboração do respetivo relatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APSI (2011a) – **Afogamentos em crianças e jovens em Portugal – Relatório 2002-2010**. Lisboa: APSI, Junho 2011.
- APSI (2011b) – **Quedas em crianças e jovens. Estudo retrospectivo 2000-2009**. Lisboa, APSI: Maio 2011.
- APSI (2011c) – **Vale a pena crescer em segurança – Manual para Profissionais de Saúde**. Lisboa, APSI: Outubro 2011.
- APSI (2008) – **Campanha de prevenção das intoxicações em crianças**. Lisboa, APSI: Novembro, 2008.
- ARAÚJO, Amadeu (2010) – Dez crianças vítimas de queimaduras graves por semana. **Diário de Notícias**, [online] (8 de Junho de 2010) Acedido a 01/05/2012. Disponível em:
http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1587699.
- CARDOSO Mariane [et al] (2004) – Prevenção de acidentes na infância: o papel do odontopediatra nas ações básicas de saúde. **Revista Ibero-Americana de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**. [online]. Vol. 7, nº 36 (Julho/Setembro 2010) p.187-197. ISSN 2175-5361. Acedido a 16/04/2011. Disponível em:
http://oa.1000grad.com/index.php/Pediatric_Dentistry_jbp/article/view/514/481
- CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça (2006) – **Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação**. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8930-22-4.
- CIAV (2012) – **Estatística 2011**. Lisboa: INEM.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – ICN (2011) – CIPE: **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 2**. Lisboa. Lusodidacta. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- CORDEIRO, Mário (2011) – **O Grande Livro do Bebê**. Lisboa: A Esfera dos Livros. ISBN: 9789896263317.
- CORREIA, Luciano [et al] (2005) – Competências Familiares para a Promoção da Saúde e Desenvolvimento Infantil: um estudo de 2.600 famílias do Estado do Ceará. **Cadernos de ESP: Escola de Saúde Pública do Ceará Enfermagem** [online]. Vol. 1, nº 1 (Julho-Dezembro, 2005) p.60-69.

ISSN 1809-0893. Acedido a 16/05/2012. Disponível em:

www.stds.ce.gov.br/phocadownload/.../mariainesbenevides.pdf.

- DECRETO-LEI Nº 48/90 **D.R. I Série: Lei de Bases da Saúde**. 195 (90-08-24) 3452-3465.
- DECRETO-LEI Nº 161/96 **D.R. I-A Série: REPE**. 205 (96-09-04) 2959-2962.
- DECRETO-LEI Nº 104/98 **D.R. I-A Série: Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto**. 93 (98-04-21) 1739-1757.
- DGS (2010) – **Elementos Estatísticos. Informação Geral: Saúde/2008**. Lisboa: DGS. ISSN 0872-1114.
- DIAS, Maria [et al] (2004) – Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? **Análise Psicológica** [online]. Vol. 22, nº 3 (Setembro 2004) p.463-473. ISSN: 0870-8231. Acedido a 16/04/2011. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a04.pdf>.
- ECSA (2012a) – **Perfil de Segurança Infantil do País 2012**. Portugal: Eurosafe, Junho 2012. ISBN: 978-1-909100-58-9.
- ECSA (2012b) – **Relatório de Avaliação de Segurança Infantil 2012**. Portugal: Eurosafe, Junho 2012. ISBN: 978-1-909100-25-1.
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2011) – Centro de Documentação – **Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, bibliografias e citações**. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- FILÓCOMO, Fernanda [et al] (2002) – Estudo dos acidentes na infância em um pronto-socorro pediátrico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online]. Vol. 10, nº 1 (Janeiro/Fevereiro, 2004) p.41-47. ISSN 0104-1169. Acedido a 16/04/2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n1/7770.pdf>.
- FORTE, Svetlana; AGOSTINHO, Margarida (2002) - Acidentes domésticos em Pediatria. **Saúde Infantil**. Coimbra. ISSN: 0874-2820. Nº 24/1 (Abril, 2002). p.47-56.
- GRAÇA, Maria (1995) – **A Prevenção da intoxicação não intencional infantil no espaço doméstico – Importância dos fatores socio-cognitivos dos pais**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Educacional apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada em Lisboa.

- HILL, Andrew; HILL, Manuela (2008) – **Investigação por Questionário**. 2ª ed. Lisboa: Edições Silabo. ISBN 9789726182733.
- HOCKENBERRY, Marilyn; WILSON, David; WINKELSTEIN, Marilyn (2011) – **Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. ISBN 9788535234473.
- INSA (2010) – **Relatório ADELIA 2006-2008 – Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada**. Lisboa: INSA. ISBN:972-8643-18-7.
- INE (2011) - **Censos 2011 – Resultados provisórios**. ISBN 978-989-25-0148-2. Acedido em: 14 de Junho de 2012, disponível em: www.ine.pt.
- GOMES, Dora (2010) – Prevenção de acidentes na criança e jovem – texto para pais. **Revista de Saúde Infantil**. Coimbra. ISSN: 0874-2820. Vol.32, nº1. (Abril, 2010). p.107-112.
- MÃO-DE-FERRO, António (1999) – **Na rota da pedagogia**. Lisboa, Edições Colibri. ISBN: 972-772-069-2.
- NUNES, Baltazar; BRANCO, Maria João (2006) – Incidência de acidentes domésticos e de lazer no Continente, em 2002. **Revista Portuguesa de Saúde Pública** [online]. Vol.24, nº2 (Julho/Dezembro 1999) p.15-24. ISSN 0080-6234. Acedido a 03/03/2012. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-02-2006.pdf>.
- OLIVEIRA Ester; ANDRADE Ilidiana; RIBEIRO, Rodrigo (2009) – **Educação em Saúde: Uma estratégia da enfermagem para mudanças de comportamento. Conceitos e reflexões**. Goiânia. Dissertação para especialização apresentada na Universidade Católica de Goiás/ CEEN Coordenação de pós-graduação e pesquisa curso de especialização em Saúde Pública.
- OLIVEIRA, Valéria; CADETTE, Matilde (2009) – Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. Vol. 22, nº 3 (Janeiro 2009) p.301-306. ISSN: 1982-0194. Acedido a 16/01/2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a10v22n3.pdf>.
- OE (2003) – **Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 04/03/2012. Disponível em:

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

- OE (2011) – **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 04/03/2012. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>.
- OMS (1986) – **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Canadá: OMS. Acedido a 03/04/2012. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/backgroundhp/ottawacharter.htm>.
- OMS (2002) – **"Saúde 21". Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS**. Loures: Lusociência.
- PENDER, Nola; MURDAUGH, Carolyn; PARSONS, Mary (2011) – **Health promotion in nursing practice**. 6ª ed. Boston: Pearson. ISBN 978-0-13-509721.
- PERES, H.; LEITE, M. (2005) – Sistema de Informação em Saúde. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. 1º ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. ISBN: 85-87582-23-2.
- PORTO EDITORA (2012) - **Dicionário da Língua Portuguesa**. Porto: Porto Editora. ISBN: 978-972-0-05005.
- PORTUGAL. DGS. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2005) - **Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação**. 2ª ed. Lisboa: DGS. ISBN 972-675-084-9.
- PORTUGAL. DGS (2010) – **Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016**. Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. DGS (2012a) – **Plano de Ação para a Segurança Infantil**. Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. DGS (2012b) – **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**. Lisboa: DGS, 2012.
- REDMAN, Bárbara (2003) – **A Prática da Educação para a Saúde**. 9ª ed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-39-8.
- REGULAMENTO N.º 128/2011. **D. R. II Série**. 35 (2011.02.18) 8667-8668.

- RESOLUÇÃO Nº 20/90. **D.R. I Série: Convenção sobre os direitos da Criança.** 211 (90-09-12) 3738-3756.
- RICCO Rubens; DEL CIAMPO, Luiz; ALMEIDA, Carlos (2008) – **Puericultura - Princípios e Prática: Atenção integral à saúde da criança e do adolescente.** 2ª ed. Atheneu Rio. ISBN, 9788573799712.
- RODRIGUES, M.; PEREIRA, A.; BARROSO, T. (2005) – **EpS – Educação Pedagógica de Formadores de Saúde.** Coimbra: Formasau: Formação e Saúde, Lda. ISBN: 972-8485-52.
- SANTOS, Gisela (2009) – **Satisfação e Qualidade: A Visão dos Utentes de uma Unidade de Reabilitação Respiratória.** Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro em Vila Real.
- SILVA, Jorge (2005) – Educação em saúde e promoção da saúde: a caminhada dupla para a qualidade de vida do cliente **Informe-se em Promoção da Saúde**, [online] Nº.1 (Julho-Dezembro 2005) p.3. ISSN: 1806-1230 2005. Acedido a 01/02/2013. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>.
- SOUZA, Luiza; BARROSO, Maria (1999) – Revisão bibliográfica sobre acidentes com crianças. **Revista da Escola de Enfermagem USP.** [online]. Vol.33, nº2 (Junho, 1999) p.107-112. ISSN: 0080-6234. Acedido a 29/02/2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v33n2/v33n2a01.pdf>.
- STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette (2011) – **Enfermagem de Saúde Pública.** 7ª ed. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-29-1.
- TAVARES, António (1990) – **Métodos e técnicas de planeamento em Saúde.** Lisboa: Ministério da Saúde.
- TORLAI, Viviane (2010) – **A vivência do luto em situações de desastres naturais.** São Paulo: Pontifícia. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica apresentada na Universidade Católica de São Paulo PUC-SP.
- UNICEF (2010) – **Facts for Life.** 4ª ed. New York: UNICEF. ISBN: 978-92-806-4466-1.
- VICTOR, Janaína; LOPES Marcos; XIMENES Lorena (2005) – Análise do diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. Vol. 18, nº 3 (Julho-Setembro 2005) p.225-

240. ISSN:1982-0194. Acedido a 16/01/2012. Disponível em:
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002005000300002&script=sci_ar
ttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002005000300002&script=sci_ar
ttext).

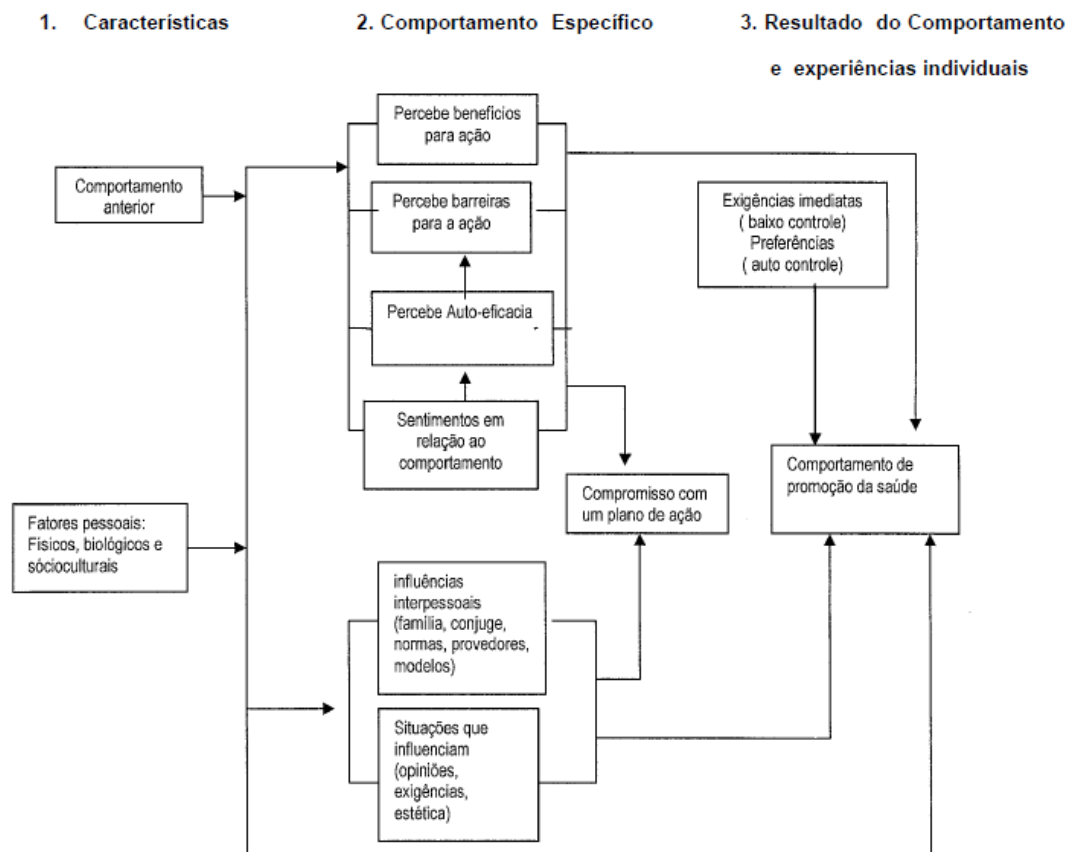
- WHO (2009) – **European Report on Child Injury Prevention, Regional Office for Europe of the World Health Organization**. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication. ISBN 978 92 890 4295 6.

ANEXOS



Anexo I - Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender



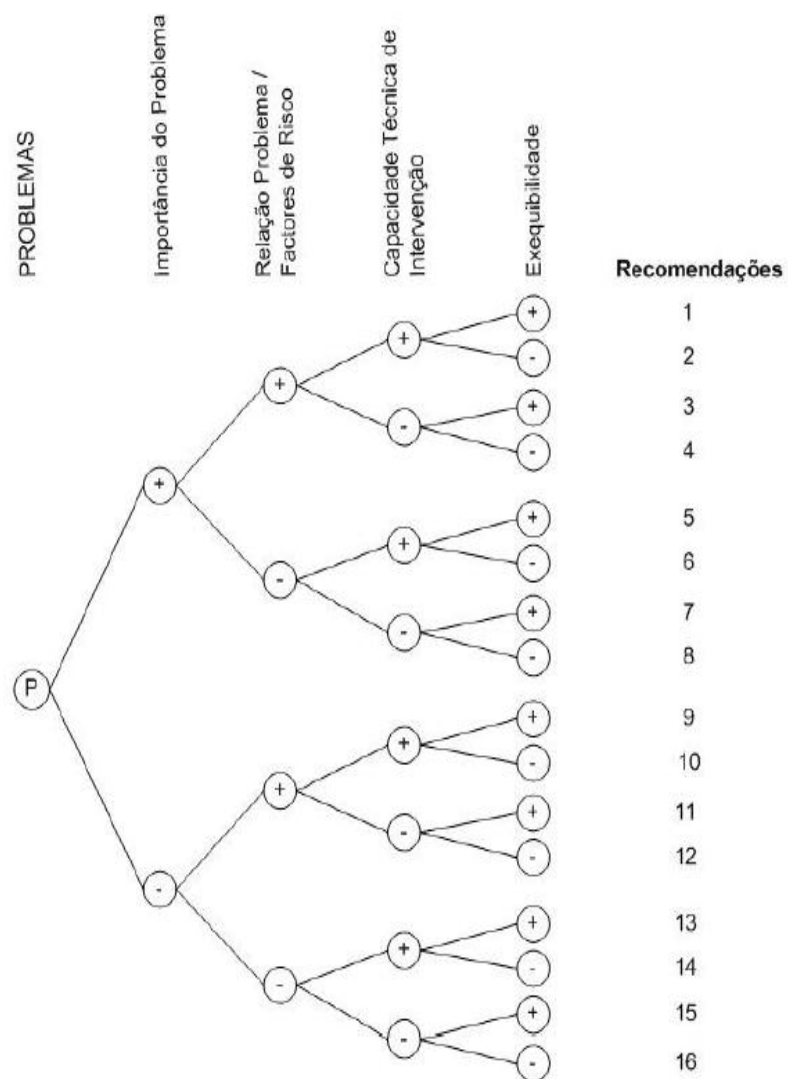


Fonte: VICTOR, Janaína; LOPES Marcos; XIMENES Lorena (2005) – Análise do diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. Vol. 18, nº 3 (Julho-Setembro 2005) p.225-240. ISSN:1982-0194. Acedido a 16/01/2012.Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002005000300002&script=sci_arttext.



Anexo II - Grelha de Análise: Recomendações





Fonte: TAVARES, António (1990) – **Métodos e técnicas de planeamento em Saúde**.
Lisboa: Ministério da Saúde.

Anexo III - Folheto “Vale a Pena Crescer em Segurança”



Vale a pena crescer em segurança

Evitar os acidentes no primeiro ano de vida



Edição especial para:



www.apsi.org.pt

Prefácio

A todos os que cuidam de crianças

Sabia que os acidentes são a primeira causa de morte nos primeiros anos de vida?

Sabia que os acidentes são uma causa importante de deficiência na criança?

Sabia que a maioria desses acidentes são evitáveis?

Todos os dias são admitidas, nas urgências dos hospitais, crianças vítimas de acidentes como quedas, queimaduras, asfixia, aspiração de pequenos objectos ou intoxicação por tóxicos ou medicamentos.

Os acidentes acontecem porque quem cuida da criança está distraído ou não teve o cuidado de verificar se o ambiente é seguro. A criança não entende o perigo quando está a explorar o que a rodeia e, por isso, não é a criança que tem de mudar mas sim o ambiente.

Neste pequeno manual elaborado pela APSI e agora revisto, realçam-se alguns tipos de acidentes e a forma de os evitar.

O Alto Comissariado de Saúde tem como vocação o acompanhamento do Plano Nacional de Saúde, plano elaborado sobre a realidade portuguesa e com metas a 2010. Uma das metas é a prevenção dos acidentes ainda tão frequentes no nosso país, pelo que decidimos apoiar uma nova edição desta brochura Vale a Pena Crescer em Segurança, a distribuir nas Maternidades e nos Centros de Saúde.

Estar atento aos perigos, é um dever de pais, avós e educadores, numa palavra, de todos os que cuidam das crianças. Esclarecê-los quanto à forma de evitar esses perigos, é um dever dos profissionais de saúde e do Alto Comissariado de Saúde.

Maria do Céu Machado
Alta Comissária da Saúde

Introdução

Os acidentes com crianças podem ser evitados... e quem os pode evitar são os adultos: somos NÓS!

Muitas pessoas ainda pensam que, durante os primeiros meses de vida, os bebés pouco mais fazem do que comer e dormir. Mas não é bem assim... porque os dias passam e, subitamente, começam a agarrar as coisas, a virar-se, a gatinhar... o perigo espregueja quando menos se espera e, mesmo logo após o nascimento, o seu bebé pode cair, queimar-se, ser vítima de um acidente no carro...

Infelizmente, o mundo que, pouco a pouco, a sociedade foi construindo está cada vez mais desadaptado às necessidades e às características do desenvolvimento dos bebés. Mas não são eles que estão errados, muito pelo contrário. O ambiente é que, pela crescente tecnologia e pelas condições e estilos de vida actuais, se torna, muitas vezes, uma ameaça à vida e à integridade física das crianças, quando deveria ser estimulante, acolhedor e seguro.

À medida que o seu bebé cresce e se desenvolve, surgem novos riscos e, rapidamente, os acidentes passam a ser a maior ameaça à sua saúde e bem estar. Os traumatismos e ferimentos acidentais são a maior causa de morte e deficiência nas crianças e jovens em Portugal.

É por isso que devemos adquirir hábitos seguros desde o primeiro dia de vida do bebé.

Para manter um **ambiente seguro**, há algumas **regras muito simples**, que ajudam a evitar a maioria dos acidentes e, assim, a poupar muitas vidas, incapacidades, idas ao hospital e, também, muito sofrimento. Nesta fase da vida, é fundamental que a criança esteja sempre sob a vigilância de um adulto e que, mesmo a dormir, possa ser ouvida com facilidade.



E não esqueçamos um aspecto importante: as crianças precisam de explorar o mundo que as rodeia, de o "agarrar" com os cinco sentidos, com a sua inteligência e imaginação; necessitam de um ambiente pleno de tolerância, de afecto e de liberdade. Assim, as medidas a tomar para evitar os acidentes não devem, tanto quanto possível, interferir com a necessária liberdade de movimentos do bebé.

Se deixar a criança noutra casa ou com outras pessoas, sejam os avós, outros familiares ou a ama, certifique-se que essas pessoas cumprem as mesmas regras. Estes ambientes, onde às vezes já não há crianças há muito tempo, podem não estar suficientemente preparados para o bebé. Se optar por uma creche, observe bem o ambiente, tentando detectar possíveis perigos, e partilhe com os responsáveis as suas preocupações.

Edição especial para o Alto Comissariado da Saúde
APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil

3

1º mês

Andar de **carro** é perigoso... e o lugar mais perigoso é o colo do adulto, mesmo no banco de trás ou apenas por alguns minutos. É por isso que o Código da Estrada obriga a transportar sempre o seu bebé numa **cadeirinha própria**, aprovada segundo normas internacionais, para o seu tamanho e peso, desde a saída da maternidade. A primeira viagem deve ser já uma viagem segura. Verifique se a cadeira é adequada para recém nascidos e certifique-se que a utiliza sempre **voltada para trás e correctamente instalada**. Se o seu carro tiver **airbag frontal**, **não pode nunca** instalar a cadeira no banco da frente. Todos os outros passageiros, incluindo outras crianças, devem também usar, de acordo com a sua idade, uma cadeira, um banco elevatório, ou o cinto de segurança.



A cadeirinha do automóvel deve servir apenas para transporte no carro e não deve ser usada como berço ou cama, em casa.

Para evitar **QUEDAS**, se usar a cadeirinha fora do carro ou uma espreguiçadeira, coloque-as sempre no chão e mantenha os cintos apertados. Nunca deixe o seu bebé sozinho em cima de uma mesa ou de um sofá, nem mesmo "apenas por um segundo" (o tempo de ir atender o telefone ou à porta, buscar uma fralda ou outra coisa é o suficiente para o bebé cair).



O melhor é ter tudo aquilo de que precisa à mão antes de começar a mudar a fralda ou a dar banho ao bebé. Não deixe que outras crianças lhe peguem, a não ser quando acompanhados por um adulto.

Para dormir, o bebé deve ser **deitado de costas**, salvo indicação em contrário do médico, e a roupa

www.apsi.org.pt

4

da cama não deve cobrir a cabeça do bebé. Para evitar o perigo de **ASFIXIA**, não coloque fios ao pescoço do seu bebé, nem mesmo para pendurar a chupeta; não ponha almofadas, fraldas, brinquedos, gorros, laços ou fitas dentro da cama e evite o uso de alcofas. Se tiver mesmo de usar uma alcoba, escolha uma de estrutura rígida e coloque-a sempre num suporte próprio e estável ou no chão. Lembre-se que o bebé, ao mexer-se, pode desequilibrar a alcoba e fazê-la cair. O melhor é comprar logo uma cama.



A **cama** deve ser estável e sólida. As grades devem ter no mínimo 60 cm de altura e qualquer abertura deve ser inferior a 6 cm. Escolha uma cama que obedeça às normas de segurança europeias e um colchão firme e bem adaptado ao tamanho da cama, para que não fique qualquer espaço entre o colchão e as grades. Se colocar uma protecção almofa-

dada por dentro da cama, ao longo do colchão, deve prendê-la bem, de forma a não tombar sobre o bebé. Se a grade for de subir e descer, verifique sempre se accionou o travão e se este ficou bem preso. Para evitar **QUEIMADURAS**, mantenha sempre os líquidos quentes - tais como a água, o café ou o chá - afastados da criança.



Antes de começar a dar o **banho**, verifique sempre a temperatura da água - comece por deitar primeiro a água fria e só depois, a quente. Nunca tenha o esquentador na casa-de-banho. Se for o caso, retire-o e coloque-o num local arejado.

Antes de dar o **biberão**, verifique a temperatura do leite, entornando uma gota no seu pulso. Não utilize o forno de micro-ondas para o aquecer. Se o fizer, agite bem o biberão antes de ver se está quente. Lembre-se que o vidro pode estar morno, mas o leite a ferver e queimar a boca do bebé.

Edição especial para o Alto Comissariado da Saúde
APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil

5

2 meses

Mesmo não se virando ainda sozinho, o bebé pode rebolar. Assim, para evitar **QUEDAS**, mantenha sempre uma mão em cima do bebé quando mudar a fralda. No carrinho de passeio e na espreguiçadeira, mantenha os cintos sempre apertados e trave o carrinho quando este estiver parado. Não pendure sacos nas pegs do carrinho pois este pode cair para trás. Não desça escadas com o carrinho; use sempre os elevadores e as rampas.

Em relação às **QUEIMADURAS SOLARES**, não se esqueça que os bebés são extremamente sensíveis aos raios solares, mesmo estando à sombra. Use sempre protector solar de grau elevado, sem filtros químicos, recomendado pelo seu médico. Nesta idade, o bebé não deve ir à praia ou a locais muito expostos ao sol. Para passear ao ar livre, escolha o início da manhã (até às 11h) ou o fim da tarde (depois das 17h) sobretudo no fim da primavera e no verão.

4 meses

Os bebés exploram com a boca os objectos que os rodeiam. Por isso, os **brinquedos** devem ser macios, sem arestas, facilmente laváveis e suficientemente grandes para que não possam ser engolidos ou aspirados para os pulmões. Ter um tamanho "seguro" significa ter, no mínimo, um diâmetro superior a 32 mm ou, se for esférico, superior a 45 mm. Retire partes soltas ou destacáveis e fios compridos bem como todos os brinco, correntes, pulseiras e anéis do bebé pois podem soltar-se e **SUFOCAR** a criança.



Nunca deixe o bebé sozinho na banheira, mesmo que a quantidade de água seja muito pequena. Basta meio palmo de água para uma criança se **AFOGAR**. Não utilize "cadeiras de banho" para bebés pois são instáveis e podem voltar-se.

www.apsi.org.pt

6

Coloque um tapete anti-derrapante no fundo da banheira e lembre-se que os bebés ficam mais "escorregadios" com o sabonete e os óleos de limpeza.

Para evitar **QUEIMADURAS**, lembre-se que a água a correr pode passar rapidamente de morna a muito quente. Regule o termostato do esquentador ou do termo-acumulador para uma temperatura adequada. Não se esqueça: se não tiver misturadora, deite a **água fria primeiro** e só depois a quente.

Brevemente, o seu bebé começará a comer **papas e purés de legumes**. Antes de lhos dar, mexa muito bem, sem deixar pedaços que o possam **ENGASGAR**, e certifique-se de que estão a uma temperatura razoável. Evite o forno de micro-ondas: os alimentos ficam mais quentes do que os recipientes e podem provocar queimaduras na boca. Se o fizer, mude de prato, mexa muito bem e só então verifique a temperatura.

Embora o bebé ainda não se desloque sozinho, comece a **preparar a casa** para quando ele o fizer, o que pode acontecer quando menos se espera.

Se não tem possibilidade de transformar o chão num local seguro, o melhor será adquirir um **parque** que seja amplo e cumpra as **normas de segurança**. Para que o bebé se habitue e aceite estar nesse espaço, utilize-o apenas por curtos períodos e somente quando não tiver alternativa. Quando começar a pôr-se de gatas, retire elásticos a atravessar a cama ou móveis que a criança possa puxar ao tentar pôr-se de pé.



Edição especial para o Alto Comissariado da Saúde
APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil

7

6 meses

Em breve, o seu bebé vai conseguir deslocar-se sozinho. É pois aconselhável que comece a preparar o ambiente que o bebé, em breve, irá explorar. Comece por dar um passeio pela casa, mas com os seus olhos ao nível dos do bebé. Ponha-se de joelhos (não tenha vergonha...) e tente **detectar os perigos** que podem ameaçar o bebé ao nível do chão.

Use **protectores de tomadas** ou instale tomadas com alvéolos protegidos. Elimine todos os fios soltos e extensões ou proteja-as, bem como as fichas triplas. Verifique regularmente se não estão danificadas ou com fios descarnados.

Tenha em atenção **objectos pequenos**, como os botões da caixa de costura ou os brinquedos dos irmãos mais velhos espalhados pelo chão, assim como sacos de plástico e balões, pois podem **SUFOCAR** a criança. As pilhas, além de poderem ser engolidas ou aspiradas, podem provocar queimaduras internas graves.



www.apsi.org.pt

8



Proteja as **lareiras**, radiadores e outras fontes de calor.



Se tem **escadas**, coloque cancelas que cumpram as normas de segurança, no primeiro e no último degrau, para evitar **QUEDAS**. As **janelas** e as **portas de acesso a varandas ou terraços**, têm que ser protegidas com cancelas, fechos de segurança ou redes de protecção. Para arejar a casa, bloqueie as janelas com um limitador de abertura adequado ao tipo de janela de forma a que não abra mais que 10 cm.



Edição especial para o Alto Comissariado da Saúde
APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil

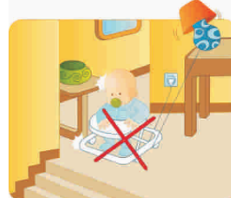


9

6 meses

Verifique se as guardas das varandas e das escadas não são fáceis de trepar, se têm pelo menos 110 cm de altura e se não têm aberturas superiores a 10 ou 11 cm, a fim de evitar **QUEDAS**.

Nunca utilize **andarilhos** ("aranhas", "voadores"). Os andarilhos provocam muitos acidentes – quedas, entalões, queimaduras, pancadas na cabeça... Os andarilhos são muito perigosos e não ajudam a andar; pelo contrário, podem atrasar o desenvolvimento.



Ponha **sempre** o cinto ao bebé quando o sentar na cadeira de comer e nunca o deixe sozinho. Se for uma cadeira alta, deve ser bem estável e estar **sempre encostada a uma parede**, de forma a não poder cair

para trás se outra criança se pendurar ou se o bebé tentar empurrar a mesa com os pés. Se usar uma cadeira de encaixar na mesa, esta deve ficar bem fixa numa mesa estável, pesada e sem tampo de vidro. Nunca lhe coloque uma cadeira por baixo pois pode servir para o bebé se pôr de pé e cair.



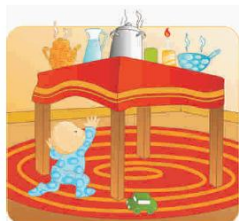
Se começar a levar o bebé à praia, evite a exposição entre as 11h e as 17h. Coloque-lhe sempre protector solar de grau de protecção elevado, use chapéu de abas largas e vista-lhe roupa solta, de preferência algodão e de cores claras. Não o deixe com a t-shirt húmida porque, nessas circunstâncias, o poder de penetração dos raios UV aumenta.

10

www.apsi.org.pt

9 a 12 meses

Agora que o seu bebé já se desloca com relativa facilidade, o risco de acidentes aumenta. Há coisas que julgamos que ele não é capaz de fazer mas que faz com grande facilidade, como **puxar** uma toalha de mesa ou o fio do ferro eléctrico, ou



ainda **alcançar** objectos perigosos em cima de uma bancada. Proteja os cantos dos móveis e fixe bem objectos grandes ou pesados, como estantes ou a televisão, para que não possam **TOMBAR** sobre a criança caso ela tente alcançá-los ou usá-los como apoio para se pôr de pé.

Pode ser aconselhável colocar **cancelas** à entrada das divisões

Edição especial para o Alto Comissariado da Saúde
APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil

mais "perigosas" da casa, como a cozinha... E por falar em cozinha, atenção ao **fogão**: o bebé pode **QUEIMAR-SE** gravemente na porta do forno ou pode puxar as pegas dos tachos e frigideiras se estas ficarem voltadas para fora, podendo queimar-se com alimentos e líquidos muito quentes. **Nunca** cozinhe com o bebé ao colo. Antes de começar, entregue-o a outro adulto ou deixe-o em segurança ao alcance da sua voz ou visão.



Nunca cubra lâmpadas, candeeiros ou aquecedores com panos, pois podem incendiar-se. Prefira candeeiros fixos, aplicados na parede ou no tecto.

11

9 a 12 meses

Para evitar **INTOXICAÇÕES**, sempre que comprar produtos tóxicos ou corrosivos, escolha aqueles que possuem **tampa de segurança**. Não guarde em casa produtos desnecessários. Mantenha sempre os medicamentos e os produtos químicos e de limpeza em segurança, bem rotulados e bem fechados, **fora do alcance e do olhar das crianças**.

Não arrume os produtos tóxicos junto de produtos alimentares e **nunca mude** os produtos de umas embalagens para as outras nem os deite em garrafas de bebidas. Seja ainda mais prudente com os produtos corrosivos ou hiperconcentrados. Se uma criança os ingerir, não provoque o vômito. Em caso de intoxicação ou dúvida, ligue de imediato para o **Centro de Informação Anti-venenos Dra. Arlinda Borges, 808 250 143**, para saber o que fazer em cada situação.



Ao fazer a introdução das refeições da família, não dê **alimentos duros e lisos**, como amendoins e outros frutos secos, castanhas, tremoços ou frutos com caroço como as cerejas, pois podem **ENGASGAR** e sufocar. Deverá ter este cuidado até a criança ter 4 ou 5 anos.

12

www.apsi.org.pt

Não deixe banheiras, alguidares ou baldes cheios com água. Para as suas férias, prefira casas sem piscina ou com piscina vedada. Lembre-se que basta meio palmo de água para uma criança se **AFOGAR**.



No **automóvel**, é possível que, antes de ter um ano, o bebé já não caiba bem na cadeira de recém-nascido. No entanto, deverá continuar a viajar **voltado para trás** até o mais tarde possível e pelo menos, até aos 18 meses. Se tiver que mudar de cadeira, informe-se com antecedência para fazer uma boa escolha. Pode consultar a APSI.



Edição especial para o Alto Comissariado da Saúde
APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil

13

E agora...

PAIS, se seguirem estes conselhos, é provável que tenham conseguido criar em vossa casa um ambiente mais seguro.

Fora de casa, no entanto, o ambiente pode ser mais perigoso e difícil de controlar: são os produtos de limpeza na cozinha da avó, os medicamentos do avô, o poço sem tampa no quintal do vizinho, os baloiços em movimento no parque infantil, a piscina dos tios ou as tomadas desprotegidas em casa dos amigos.

Não se esqueçam:

Quem tem a maior responsabilidade de vigiar o ambiente onde o bebé está, são os **pais e os educadores**. Para o bebé tudo é brinquedo e desperta curiosidade. Façam sempre uma inspeção visual rápida quando chegarem a qualquer sítio e não esperem que os outros tenham a mesma preocupação com os aspectos da segurança.

Quando saírem de automóvel, transportem **sempre** as crianças numa **cadeirinha adequada**, mesmo que seja "só para ir comprar o jornal".



www.apsi.org.pt

14

EM CASO DE ACIDENTE, estejam preparados para agir:

Tenham sempre junto do telefone e no telemóvel ou agenda os números de emergência e aprendam o básico em primeiros socorros. São gestos que podem salvar uma vida.



ATENÇÃO: Criar um ambiente seguro **não é** "fechar o bebé a sete chaves" ou mantê-lo "numa redoma". O bebé tem que se desenvolver e explorar o mundo. Portanto, se houver mais do que uma forma de aumentar a segurança, optem sempre por aquela que permita oferecer **maior liberdade** de movimentos ao bebé. Lembrem-se sempre que, para as crianças, todas as coisas são brinquedos e tudo é brincadeira - e não são elas que estão erradas mas sim o ambiente mal adaptado que construímos à sua volta.

Edição especial para o Alto Comissariado da Saúde
APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil

15

Quem é a APSI:

A **APSI** – Associação para a Promoção da Segurança Infantil – é uma associação privada, sem fins lucrativos, fundada em 1992. Tem o estatuto de Utilidade Pública, bem como de Instituição Particular de Solidariedade Social e de Associação de Família. Tem por objectivo a união e o desenvolvimento de esforços para a redução do número e da gravidade dos acidentes em crianças.

A **APSI** intervém na sociedade através da investigação, formação, informação e participação em processos legislativos, de normalização e regulamentação, visando a criação de ambientes saudáveis e seguros para toda a família.

A **APSI** é financiada através das quotas dos seus sócios, patrocínios, donativos e prestação de serviços de formação, investigação e consultoria.

Como ajudar a APSI:

Seja Sócio – preencha a proposta que se encontra na página 18 ou consulte o nosso site na Internet (www.apsi.org.pt) e beneficie das seguintes vantagens: preços especiais em acções de formação, acesso a uma rede de contactos e informações privilegiadas no âmbito da segurança, atendimento prioritário no esclarecimento de dúvidas ou resposta a pedidos, entre outras.

Seja voluntário – as tarefas podem ser executadas nas instalações da **APSI**, em casa ou noutro local de preferência, consoante o tipo de tarefa, a disponibilidade e as aptidões de cada um.

Seja uma empresa parceira – sob a óptica da Responsabilidade Social, ajude a **APSI** a levar a cabo a sua missão e perceba as vantagens corporativas de ter a sua empresa associada à segurança e bem estar das crianças e jovens.

Faça um donativo – NIB 0036 0012 991 000 722 19 84

Ajude-nos a divulgar a nossa mensagem!

16

www.apsi.org.pt

Formação em Segurança Infantil (preços especiais para sócios da APSI)

Se quiser saber mais sobre segurança infantil, a APSI promove regularmente acções de formação para famílias e profissionais. Veja alguns exemplos:

Sessão sobre Prevenção de Acidentes no Primeiro Ano de Vida

Duração: 2h30 - para casais à espera de bebé, famílias de crianças até um ano, amas e profissionais nas áreas da Saúde, Educação e Serviço Social.

Sessão de Esclarecimento "Crianças em Viagem"

Duração: 1h30 - para pais, trabalhadores/as ou clientes de empresas e instituições

Workshop "Casa + Segura"

Duração: 7 horas - para pais, amas, baby-sitters, profissionais nas áreas da Saúde, Educação e Serviço Social e apoio domiciliário.

Curso de Introdução ao Transporte de Crianças no Automóvel

Duração: 2h30m - para profissionais de saúde (ou outros).

A **APSI** realiza ainda sessões e/ou seminários temáticos a pedido de entidades.

Centro de Verificação de Cadeirinhas – se tiver dúvidas sobre a instalação da cadeirinha do seu filho ou se é a mais adequada, visite um centro de verificação gratuito da **APSI**.

Saiba mais em www.apsi.org.pt

Edição especial para o Alto Comissariado da Saúde
APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil

17

Proposta de sócio

Valor das quotas anuais para 2009:

Em nome individual – 30€, Pessoa colectiva privada s/ fins lucrativos – 50€;
Pessoa Colectiva Pública ou Privada c/ fins lucrativos – 150€.

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ N.º Cont: _____
Morada: _____
Cód. Postal: _____ Localidade: _____
Tel: _____ Telemóvel: _____
Fax: _____ E-mail: _____
Profissão: _____
Local de Trabalho: _____
Tel: _____ Fax: _____
Morada para envio de correspondência: _____
Cód. Postal: _____ Localidade: _____

Declaro que desejo ser sócio(a) da APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Para tal, junto envio:

Ordem de Transferência

Ao Banco _____

Agradeço que, no dia ____ de ____ de 200__, e na mesma data nos anos seguintes até

ordem em contrário, seja transferido da conta nº _____

para a conta da APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil,

com o NIB 0036 0012 991 000 722 19 84, a importância de € _____

(Extenso _____)

Solicito ainda que a ordem de transferência contenha a seguinte informação:

_____ (incluir iniciais de todos os nomes, com o último apelido por extenso)

Assinatura (igual à da conta bancária): _____

Os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente em benefício da APSI, esta compromete-se a não revelar a informação aqui contida a terceiros e a cumprir a legislação aplicável à protecção e tratamento de dados.



Ficha Técnica

Autores da versão original

Helena Cardoso de Menezes; Kaj Edanius; Mário Cordero

Coordenação da revisão da 5ª Edição

Helena Cardoso de Menezes

Patrocínio da revisão da 5ª Edição

Alto Comissariado da Saúde

Ilustrações

Sofia Oliveira

Grafismo

Vela Criativa, Lda.
Tel. 21 439 17 61 - Tlm. 93 821 25 22

5ª edição, revista e atualizada.

Agosto de 2007

ISBN: 978-972-95995-4-5

1ª edição: 1994 – ISBN 972-95995-0-5

2ª edição: 1999 – ISBN 972-95995-1-3

3ª edição: 2003 – ISBN 972-95995-2-1

4ª edição: 2004 – ISBN 972-95995-3-x

Tiragem: 200.000

Gráfica: Palmgráfica – Artes gráficas, Lda.

Depósito Legal: 263439/07

A APSI agradece

Pelas valiosas críticas e sugestões, fundamentais para a revisão e elaboração do texto final desta edição, a:

Ana Cristina Bastos, Elsa Rocha, Helena Sacadura Botte, Maria do Céu Jesus, Maria do Céu Machado, Sandra Nascimento.

Pelos seus comentários, sugestões e aditamentos, que permitiram a elaboração consensual das versões anteriores deste texto, a:

António Torrado da Silva, Arlinda Borges, Edmundo da Costa Santos, Elsa Rocha, Emílio S. Carreiro, Helena Sacadura Botte, Henrique Carmona da Mota, Isabel Sanchez, Jaime Salazar de Sousa, Jorge Morgado, José Aleixo Dias, José António Matos Coimbra, José Pedro Dias, Luís Januário, Luís Lemos, Luiz Espinosa, Maria Celsa Afonso de Carvalho, Maria de Lourdes Levy, Norberto Teixeira Santos, Nuno Cabral, Nuno Cordeiro Ferreira, Pedro Miguéis, Rui Rosado, Rui Sousa Santos, Sandra Nascimento, Tojal Monteiro, Vasco Prazeres, Vítor Gameiro.

Edição especial para o Alto Comissariado da Saúde
APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil

19

NÚMEROS DE TELEFONE IMPORTANTES:

- Número Nacional de Socorro.....112
- Centro de Informação Anti-venenos Dra Arlinda Borges.....808 250 143
- Saúde 24.....808 24 24 24
- SOS-Criança..... 800 202 651 – 217 931 617 - 116 111
- Linha para Crianças Desaparecidas.....1410 - 116 000
- APSI.....218 844 100
- Farmácias de Serviço.....118 ou 12118
- Centro de Saúde: _____
- Médico assistente: _____
- Serviço de Urgência mais próximo: _____
- Bombeiros: _____
- Farmácia: _____
- Outros: _____



Associação para a Promoção da Segurança Infantil

Vale a pena crescer em segurança

Se quiser associar-se à nossa causa, pode fazê-lo através do site da APSI – www.apsi.org.pt ou preenchendo a proposta da página 18.

Direitos de autor: Os conteúdos desta publicação estão protegidos por lei, ao abrigo do Código dos Direitos de Autor e dos Direitos Conexos.
A APSI reserva-se o direito de proceder judicialmente contra os autores de qualquer exploração comercial não autorizada dos textos, ilustrações e outros elementos contidos nesta publicação. Para fins não comerciais, os conteúdos podem ser utilizados desde que seja citada a fonte, e a APSI agradece ser informada das situações em que tal aconteça.

© Copyright APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil – 2009

Edição especial para:



Alto Comissariado da Saúde

Associação para a Promoção da Segurança Infantil • Via Berta, 7 – R/C Esq. • 1170-400 Lisboa
Tel. 218 844 100 – Fax 218 844 109 • apsi@apsi.org.pt – www.apsi.org.pt
Declaração Utilidade Pública nº 338/07
Instituição Particular de Solidariedade Social nº 68/03 – Associação de Família nº 1/06

www.apsi.org.pt

Fonte: APSI (2007) – Vale a pena crescer em segurança – Evitar os acidentes no primeiro ano de vida. 5ª ed. Lisboa: APSI. ISBN 978-972-95995-4-5.

Anexo IV - Folheto “Intoxicações”



CIAV

Centro de Informação Antivenenos



INTOXICAÇÕES



Retire este autocolante
e coloque-o junto ao telefone.

72



CIAV

Centro de Informação
Antivenenos

Intoxicações

LIGUE

808 250 143

35

74

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
EM CASO DE INTOXICAÇÃO	8
PARA EVITAR INTOXICAÇÕES	10
PRIMEIROS SOCORROS.....	14
NÃO ESQUEÇA	18

INTRODUÇÃO

Vivemos rodeados de possíveis tóxicos que utilizamos constantemente nas nossas casas, garagens, fábricas, campo, etc.

Quando acontece uma intoxicação precisamos saber o que devemos e o que não devemos fazer.

Ao contactar o CIAV, médicos especializados irão aconselhá-lo quanto ao procedimento a tomar em cada caso.

Vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, ajudamos mais de 80.000 intoxicados por ano, em todo o território nacional.

Não espere que apareçam os sintomas da intoxicação para ligar para o CIAV.

5 ↗

↗ 6

COMO PROCEDER EM CASO DE INTOXICAÇÃO

- ▶ Mantenha a calma. Não se precipite, mas não perca tempo.
- ▶ Contacte o CIAV - Centro de Informação Antivenenos.



CIAV
808 250 143



7 ↗

↗ 8

PARA EVITAR INTOXICAÇÕES

- ▶ Responda às perguntas do médico do CIAV:

QUEM
O QUÊ
QUANTO
QUANDO
ONDE
COMO



- ▶ Se não conseguir ligar para o CIAV ligue 112 ou dirija-se ao hospital mais próximo.
- ▶ Leve as embalagens suspeitas.

- ▶ Explique às crianças o risco de tomar medicamentos de que não estão a precisar e o perigo de provar ou mexer em produtos perigosos.
- ▶ Não tome nem dê medicamentos às escuras.
- ▶ Guarde os medicamentos e quaisquer outros produtos potencialmente tóxicos (bebidas alcoólicas, produtos de limpeza, pesticidas...) fora do alcance das crianças.
- ▶ Não aplique raticidas ou naftalina em locais acessíveis às crianças.
- ▶ Não utilize embalagens vazias para guardar outros produtos. Mantenha-os nas suas embalagens originais.

9 ↖

↗ 10

NO CAMPO

- ▶ Leia as instruções de aplicação com cuidado e utilize os produtos de acordo com as regras de segurança referidas na embalagem.
- ▶ Não coloque produtos de uso doméstico junto de alimentos.
- ▶ Mantenha as instalações de gás em bom estado e, se possível, com dispositivos de segurança.
- ▶ Não tenha instalações de gás na casa de banho.
- ▶ Não tenha plantas tóxicas em casa ou no jardim, tendo crianças pequenas. Cuidado com as bagas.
- ▶ Não ande descalço nem com sandálias, use sapatos fechados, de preferência botas (Atenção: picadas de lacrau, víboras...)
- ▶ Não coma bagas ou sementes de plantas desconhecidas.
- ▶ Não apanhe nem ingira cogumelos se não os distingue com toda a segurança.
- ▶ Use os pesticidas cumprindo todas as regras de preparação e aplicação e respeite os intervalos de segurança.
- ▶ Não deixe abandonadas embalagens de pesticidas destapadas, vazias ou vasilhas com restos de caldas.
- ▶ Não se aproxime das colmeias.

11 ↖

↗ 12

NA PRAIA

- ▶ Se souber da existência de Peixe-Aranha, use sandálias.
- ▶ Evite tomar banho em locais com alforrecas.
- ▶ Não apanhe mariscos em áreas poluídas.

NO LOCAL DE TRABALHO

- ▶ Cumpra rigorosamente as regras de segurança estabelecidas no seu local de trabalho.
- ▶ Procure conhecer os perigos de manuseamento, da produção e do transporte dos produtos químicos.
- ▶ Não fume, nem beba ou coma em locais interditos.

PRIMEIROS SOCORROS

Contacto com os olhos

- ▶ Lave com água corrente durante 15 minutos mantendo as pálpebras afastadas.
- ▶ Não aplique quaisquer produtos
- ▶ Ligue para o CIAV



13 ↖

↗ 14

Contaminação da pele

- ▶ Retire as roupas conspurcadas
- ▶ Lave abundantemente com água durante 15 minutos
- ▶ Ligue para o CIAV



Picada de Animal

(Abelha, Vespa, Lacrau, Vibora, Peixe-Aranha)

- ▶ Imobilize a zona atingida
- ▶ Aplique calor no caso do peixe-aranha e frio nos restantes casos
- ▶ Ligue para o CIAV



Inalação

- ▶ Retire o intoxicado para fora do ambiente contaminado, de preferência para o ar livre.
- ▶ Ligue para o CIAV



15 ↖

↗ 16

NÃO ESQUEÇA

Ingestão

- ▶ Não provoque o vômito
- ▶ Dê a beber alguns golos de água ou leite
- ▶ Ligue para o CIAV



- ▶ A calma é muito importante, não se precipite, mas não perca tempo.
- ▶ Telefonar para o Centro de Informação Antivenenos (CIAV) do INEM é essencial.

Intoxicações
LIGUE
808 250 143

- ▶ Vale mais nada fazer, do que fazer errado.

17 ↩

➤ 18

Os rótulos de muitos produtos vêm assinalados com símbolos que é preciso conhecer.

- ▶ Um médico atende-o, e, para cada situação, explica-lhe os perigos e o que deve fazer em caso de intoxicação. Em muitas situações esta consulta não dispensa a observação médica directa.
- ▶ Tenha sempre o número do CIAV perto do telefone.
- ▶ Se não conseguir telefonar directamente para o CIAV marque o Número Europeu de Emergência - 112 - ou leve o doente para o hospital mais próximo.

112

Chamada gratuita e acessível
em qualquer ponto do país.



EXPLOSIVO



IRRITANTE



TÓXICO



CORROSIVO



COMBURENTE

19 ↩

➤ 20



FÁCILMENTE
INFLAMÁVEL



EXTREMAMENTE
INFLAMÁVEL



MUITO
TÓXICO



PERIGOSO PARA
O AMBIENTE



NOCIVO



NUCLEAR



CIAV
Centro de Informação
Antivenenos

Intoxicações
LIGUE
808 250 143

Anexo V - Ficha de Segurança Infantil

Intervenção em Saúde Infantil e Juvenil
Ficha de Registo dos Ensinos em **Segurança e Acidentes** dos 0 aos 18 anos^{iv}

Consultas	Acidentes de trânsito ⁱ	Visto	Quedas	Visto	Asfixia	Visto	Queimaduras	Visto	Afogamentos	Visto	Intoxicações	Visto	Atropelamentos	Visto	Observações	Assinaturas	
																Profissional	Pai/mãe/próprio
RN/1.º Mês «Alta Segura»	SRC ⁱⁱ /Cadeira Auto Grupo 0+ VT ⁱⁱⁱ		Cama Trocador Banco		Alcova/cama (roupa, colchão) Nunca deixar só		Banho Saco de água quente Biberão Sol										
2.º Mês	SRC/Grupo 0+ VT		Idem		Alcova/cama Fios, fitas, cordões da chupeta		Idem										
4.º Mês	SRC/Grupo 0+ VT		Idem		Brinquedos >32mm		Idem		Banho								
6.º Mês «Preparar a casa»	SRC/Grupo 0+ VT		Escadas Portas Janelas Varandas Andarilhos Cadeira refeição		Cuidado com pequenos objectos. <32mm		Aparelhos eléctricos Lareiras Aquecedores		Banho								
9.º Mês	SRC/Grupo 0+ VT		Tapetes Arestas de móveis		Cuidado com pequenos objectos (lego, bago de uva, alimentos)		Fogão Forno Toalha da mesa		Banho		Medicamentos produtos de limpeza, cosméticos, pesticidas						
12/24 Meses	SRC/Grupo 0+/I ou I VT		Parques infantis		Idem		Isqueiros Fósforos		Piscinas (publicas e privadas)		Idem						
3 - 4 Anos	SRC/Grupo 0+/I ou I VF		Parques infantis		Idem		Idem		Piscinas (publicas e privadas)		Idem		A pé, as crianças caminham sempre do lado de dentro do passeio				
5-6/11-13 Anos	SRC/Grupo II/III VF		Bicicletas Patins Skates				Fogão Bombas de carnaval		Piscinas Praia fluvial Rios Mar		Idem		Caminho para a escola Atravessamento nas passadeiras À noite, roupas claras e reflectores				
A partir dos 15 anos	Cinto de Segurança SENPRE		Motociclos Desportos radicais						Idem		Álcool Outras		Idem				

ⁱ De acordo com a Orientação da Direcção-Geral da Saúde n.º 001/2010 de 16/09/2010. Transporte de Crianças em Automóvel desde a Alta da Maternidade

ⁱⁱ SRC: Sistema de retenção de Criança

ⁱⁱⁱ VT: Virada para trás; VF: Virado para a Frente

^{iv} Baseada na Ficha de Registos dos Ensinos da Coordenação Distrital de Saúde Infantil e Juvenil/2003 da Sub-região de Saúde de Viseu

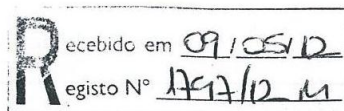
Fonte: AMANN – [email] 2012-11-25. Ficha de Registo do Ensinos em Segurança e Acidentes dos 0-18 anos – Intervenção em Saúde Infantil e Juvenil. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

APÊNDICES



Apêndice I - Autorização do ACES





Autorizado
9/5/12
Directora executiva
Agrupamento

Exma. Sra. Diretora do ACES

Carla do Rosário Pereira Leite, a exercer funções de Enfermeira Nível I, na UCSP Santa Iria de Azóia e estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) encontra-se a realizar o seu Projeto de Intervenção Comunitária subordinado ao tema "Prevenção de Acidentes Infantis". O Projeto tem como orientadora a Sra Professora Cláudia Bacatum.

Solicita pois a Vossa. Excelência, autorização para que possa aplicar, durante o corrente mês, o questionário (em anexo) dirigido aos pais/educadores das crianças entre os 0-12 meses que frequentam as Consultas de Saúde Infantil e Juvenil na UCSP de S. I. A , no sentido de obter informações para o Projeto em causa. A ética, o segredo e a deontologia profissional são integralmente respeitados em todas as fases deste Projeto.

Solicita ainda a Vossa. Excelência, autorização para que possa implementar e avaliar o Projeto em causa na UCSP de S. I. A , durante mês de Outubro de 2012 ao mês de Março de 2013.

Agradeço antecipadamente a colaboração prestada.

Atenciosamente,

A estudante

Carla do Rosário Pereira Leite

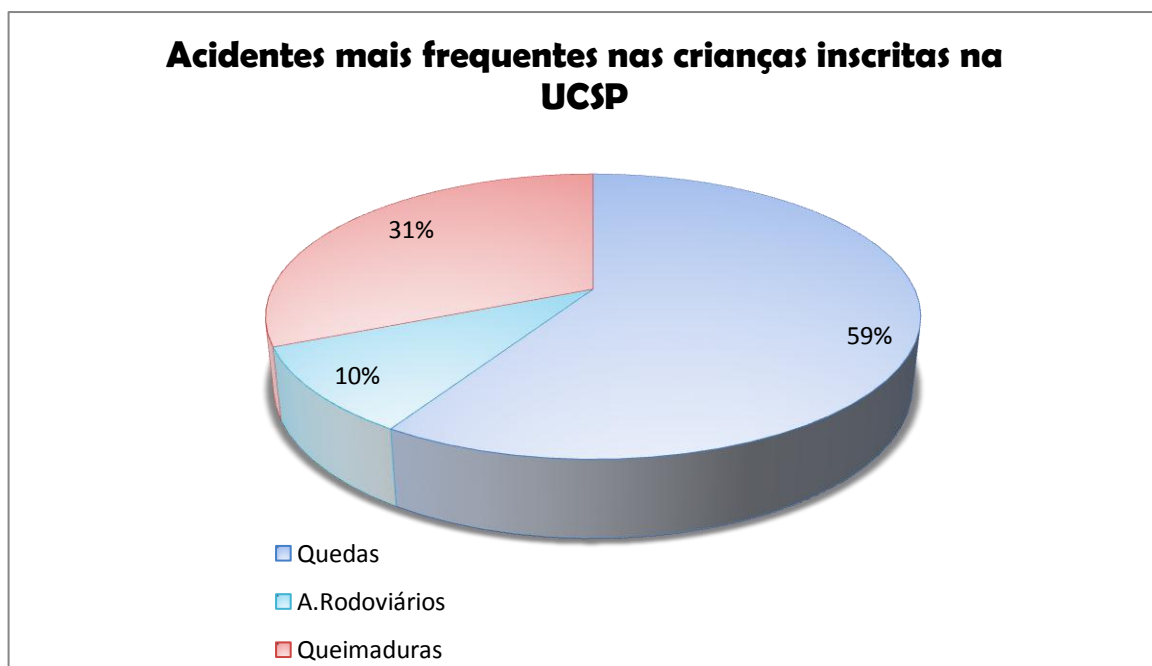
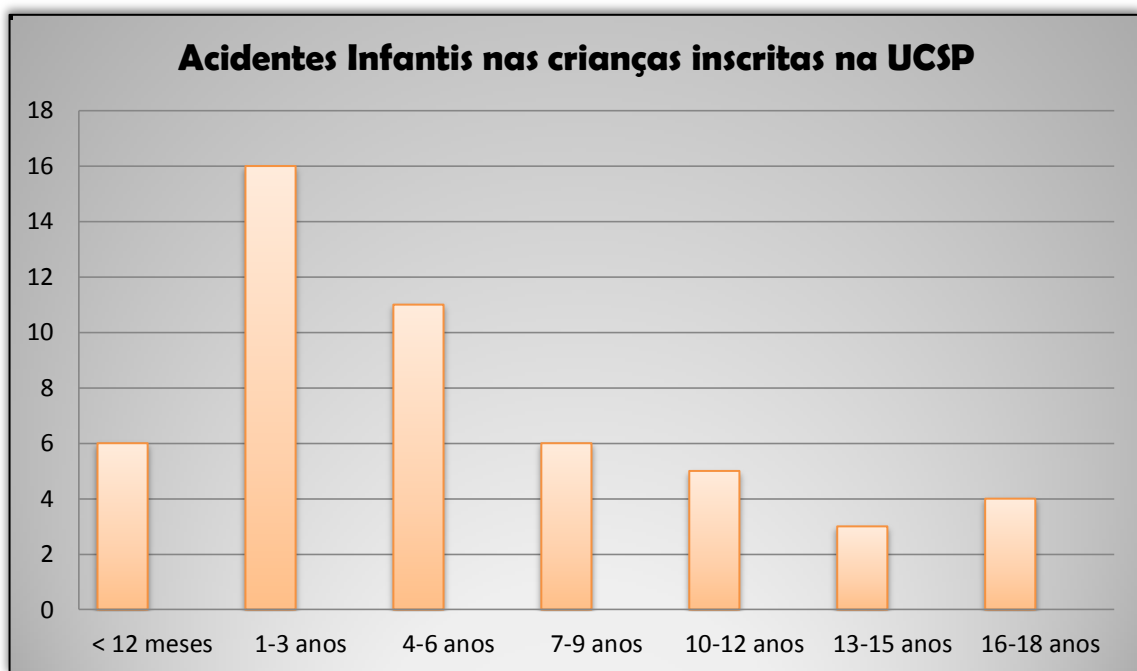
Pede deferimento

2 de Maio de 2012



Apêndice II - Levantamento dos acidentes infantis, na UCSP em 2011







Apêndice III - Consentimento informado



Consentimento Informado

Exmo. (a) Sr. (a)

Eu, Carla do Rosário Pereira Leite, enfermeira e estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), pretendo desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitário no âmbito da Prevenção dos acidentes infantis.

Tendo assim, como objetivo identificar os conhecimentos dos pais/educadores na área da prevenção dos acidentes domésticos; e identificar os acidentes mais frequentes entre as crianças dos 0-12 meses.

Gostaria de contar com a sua colaboração neste Projeto, sendo necessário o preenchimento de um questionário. É garantido o respeito por todas as imposições éticas e legais, nomeadamente anonimato e confidencialidade dos dados depois de cumpridas a sua finalidade.

Caso estes requisitos de participação não sejam satisfeitos, ou caso seja sua vontade, poderá anular a sua colaboração. Se após a leitura deste texto ainda tiver dúvidas, estarei ao dispor para as esclarecer.

Se se considera bem informado e aceita participar, por favor assine este documento.

Maio de 2012

O Participante

Apêndice IV - Autorização ao questionário “Acidentes Domésticos e Intoxicações”

Olá

Peço desculpa por não ter ainda não ter respondido, mas pensei que na nossa conversa telefónica tinha dado a permissão para o uso do questionário. Mas se é necessário fazê-lo por email tem a minha permissão.

Bom trabalho.

Se tiver oportunidade de me enviar o seu trabalho final, gostaria muito de o ler e conhecer a vossa realidade.

Com os melhores cumprimentos

Margarida Agostinho

De: carla leite [mailto:carla_ril@hotmail.com]

Enviada: domingo, 8 de Julho de 2012 01:09

Para: gi@gijoeha.net

Assunto: FW: Acidentes Domésticos - Carla Leite

Muito boa noite, Ex^a Dr.^a Margarida Agostinho

Peço desculpa, novamente pelo incomodo, mas como não lhe foi possível responder ao email, estou a enviar outro na esperança que lhe seja possível responder a este. Pois como lhe tinha solicitado, necessitaria que me fornecesse (via email) a sua permissão para usar o questionário "Prevenção de acidentes Domésticos e Intoxicações" publicado na Revista Saúde Infantil em Abril de 2002, da sua co-autoria.

Aguardo uma resposta o mais breve que lhe for possível.

Sem outro assunto,

Com os melhores cumprimentos

Carla Leite

From: carla_ril@hotmail.com

To: gi@gijoeha.net

Subject: Acidentes Domésticos - Carla Leite

Date: Tue, 24 Apr 2012 18:33:27 +0100

Boa Tarde Ex^a Dr.^a Margarida Agostinho

Conforme combinamos via telefónica, venho por este meio solicitar a sua permissão para usar o questionário "Prevenção de acidentes Domésticos e Intoxicações" publicado na Revista Saúde Infantil em Abril de 2002, podendo realizar as alterações que se verifiquem oportunas. Dado ser enfermeira e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), pretendo desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária no âmbito da Prevenção de acidentes Domésticos nas crianças dos 0 aos 12 meses de idade. Tendo em

vista avaliar os conhecimentos e sensibilização dos pais na área da prevenção dos acidentes domésticos contribuindo assim para a promoção da segurança infantil.

Quero desde já agradecer a sua atenção e disponibilidade, pedindo também desculpa pela minha persistência e incomodo.

Aguardo uma resposta o mais breve que lhe for possível.

Sem outro assunto,

Com os melhores cumprimentos

Carla Leite



Apêndice V - Questionário



QUESTIONÁRIO

PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS

I – Parte

1. Nome: _____

2. Idade _____

3. Quem habitualmente acompanha a criança à consulta de Saúde Infantil?

Mãe ☐ Pai ☐ Avó (s) ☐ Outro ☐ Quem? _____

4. Número de pessoas que vive com a criança: _____

5. Habilitações Literárias:

- ☐ Não frequentou a escola
- ☐ Escola Primária
- ☐ Ensino Preparatório
- ☐ Ensino Secundário
- ☐ Ensino Superior

6. Situação familiar

- ☐ Casado e/ou união de facto
- ☐ Solteiro
- ☐ Viúvo
- ☐ Divorciado ou separado

7. Situação perante o trabalho

- ☐ Conta d'outrem
- ☐ Conta própria
- ☐ Estudante
- ☐ Desempregado

II – Parte

Idade da criança _____

- | | |
|--|-----|
| 1. Sabia que os acidentes são principal causa de morte na criança? | S/N |
| 2. Sabia que cerca de 90% dos acidentes com crianças são evitáveis? | S/N |
| 3. Fez algumas modificações na sua casa para prevenir eventuais acidentes domésticos, quando nasceu(ram) o(s) seu(s) filho(s)? | S/N |
| 4. Guarda os medicamentos fora do alcance das crianças? | S/N |
| 5. Guarda produtos e substâncias perigosas (detergentes, produtos de limpeza) fora do alcance das crianças? | S/N |
| 6. Utiliza garrafas “vulgares” para guardar produtos tóxicos? | S/N |
| 7. Sabia da existência de um número telefónico para onde ligar em caso de intoxicação accidental? | S/N |
| 8. Tem esse número em local facilmente acessível? | S/N |
| 9. Alguma vez deixou o(s) seu(s) filho(s) sozinhos em casa? | S/N |
| 10. Com que idade? _____ | |
| 11. Tem escadas em casa? | S/N |
| 12. a) sem sistema de segurança | S/N |
| 13. b) com sistema de segurança (cancela) | S/N |
| 14. Tem sistema de proteção nas janelas? | S/N |
| 15. A sua casa tem varanda? S/ N Com proteção? | S/N |
| 16. O(s) seu(s) filho(s) costuma(m) brincar na varanda sozinhos? | S/N |
| 17. A partir de que idade? _____ | |
| 18. Tem sistema de proteção nas tomadas elétricas? | S/N |
| 19. Tem tapete aderente na sua banheira? | S/N |
| 20. Costuma deixar o seu filho sozinho no banho? | S/N |
| 21. A partir de que idade? _____ | |
| 22. Certifica-se sempre da temperatura da água? | S/N |
| 23. Tem lareira ou braseira? S/N Com proteção? | S/N |
| 24. Guarda fósforos e facas fora do alcance das crianças? | S/N |
| 25. Quando prepara a refeição a criança está na cozinha? | S/N |
| 26. Tem proteção no fogão? | S/N |

Comentários _____

III – Parte

Algum dos seus filhos teve acidente (excluir acidente de viação)

S/N

Se sim, continue a preencher

1º acidente:

Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐ Idade: _____

Tipo de acidente:

- ☐ queda local de traumatismo _____ com fratura? Sim ☐ Não ☐
- ☐ queimadura local _____
- ☐ ferida local _____
- ☐ intoxicação (medicamentosa, produtos de limpeza, pesticida, raticidas, álcool, outros)
- ☐ afogamento
- ☐ outro (qual) _____

Com internamento? Sim ☐ Não ☐

Dia da Semana em que ocorreu acidente: _____ Hora _____

Local:

- ☐ cozinha
- ☐ quarto
- ☐ casa de banho
- ☐ sala
- ☐ escadas
- ☐ varanda
- ☐ outro (qual) _____

2º acidente:

Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐ Idade: _____

Tipo de acidente:

- ☐ queda local de traumatismo _____ com fratura? Sim ☐ Não ☐
- ☐ queimadura local _____
- ☐ ferida local _____
- ☐ intoxicação (medicamentosa, produtos de limpeza, pesticida, raticidas, álcool, outros)
- ☐ afogamento
- ☐ outro (qual) _____

Com internamento? Sim ☐ Não ☐

Dia da Semana em que ocorreu acidente: _____ Hora _____

Local:

- ☐ cozinha
- ☐ quarto
- ☐ casa de banho
- ☐ sala
- ☐ escadas
- ☐ varanda
- ☐ outro (qual) _____

Apêndice VI - Tabelas e gráficos resultantes da aplicação do questionário

I – Parte

Gráfico 1: Distribuição de frequência da idade dos pais/educadores das crianças dos 0-12 meses, em percentagem

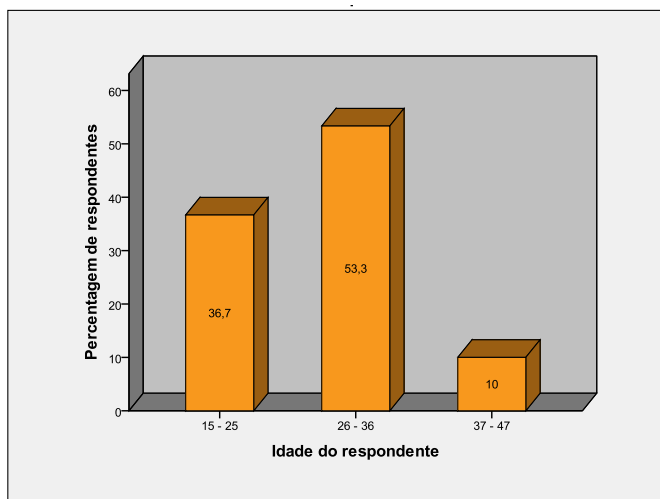


Gráfico 2: Distribuição da frequência de quem acompanha a criança à Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

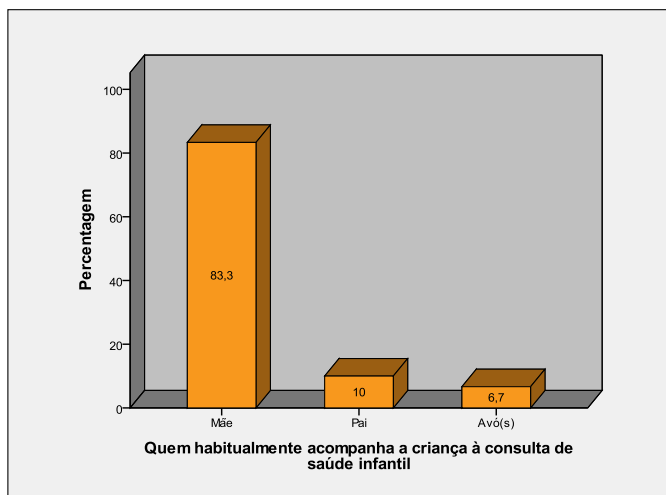


Gráfico 3: Distribuição da frequência do estado civil dos pais das crianças dos 0-12 meses, em percentagem

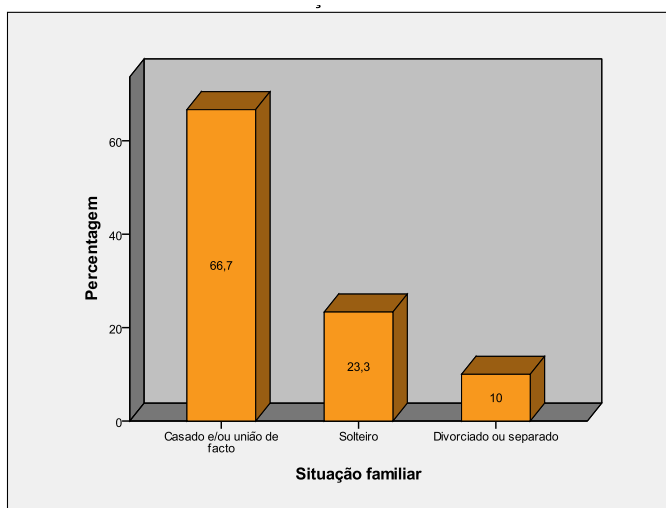


Gráfico 4: Distribuição da frequência relativa ao número de pessoas que vive com a criança, em percentagem

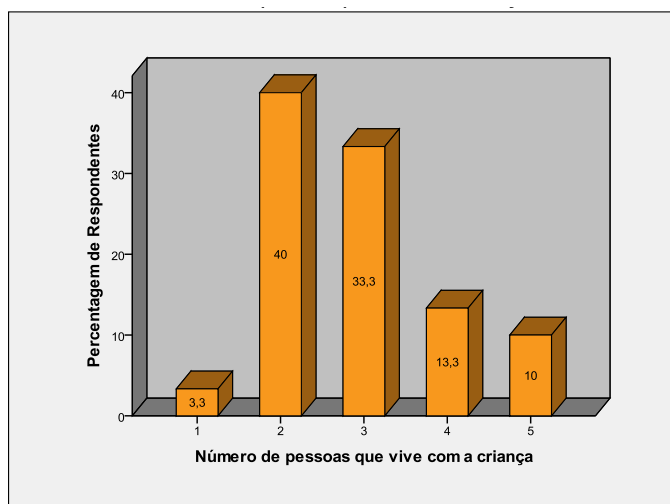


Gráfico 5: Distribuição de frequência relativa às habilitações literárias dos pais/educadores das crianças dos 0-12 meses, em percentagem

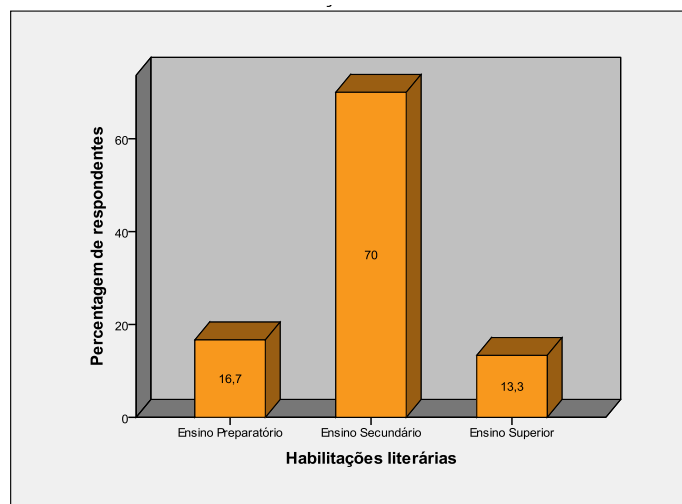
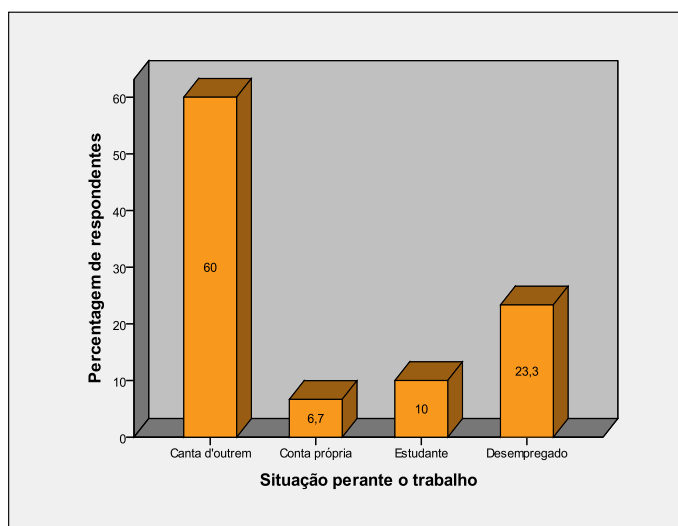


Gráfico 6: Distribuição da frequência em relação à situação profissional dos pais/educadores das crianças dos 0-12 meses, em percentagem



II – Parte

Gráfico 1: Distribuição da frequência relativa à idade da criança que frequentou a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil no período de 7 a 25 de Maio de 2012 na UCSP, em percentagem

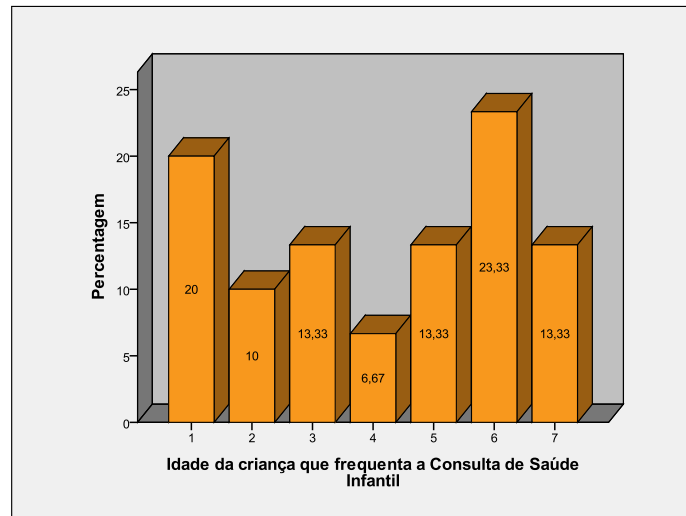


Tabela 1: Sabia que os acidentes são principal causa de morte na criança?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	21	70,0	70,0	70,0
	Não	9	30,0	30,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 2: Sabia que cerca de 90% dos acidentes com crianças são evitáveis?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	21	70,0	70,0	70,0
	Não	9	30,0	30,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 3: Fez algumas modificações na sua casa para prevenir eventuais acidentes domésticos, quando nasceu(ram) o(s) seu(s) filho(s)?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	11	36,7	36,7	36,7
	Não	19	63,3	63,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 4: Guarda os medicamentos fora do alcance das crianças?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	26	86,7	86,7	86,7
	Não	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 5: Guarda produtos e substâncias perigosas (detergentes, produtos de limpeza) fora do alcance das crianças?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	14	46,7	46,7	46,7
	Não	16	53,3	53,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 6: Utiliza garrafas "vulgares" para guardar produtos tóxicos?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	13,3	13,3	13,3
	Não	26	86,7	86,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 7: Sabia da existência de um número telefónico para onde ligar em caso de intoxicação acidental?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	9	30,0	30,0	30,0
	Não	21	70,0	70,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 8: Tem esse número em local facilmente acessível?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	13,3	13,3	13,3
	Não	26	86,7	86,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 9: Alguma vez deixou o(s) seu(s) filho(s) sozinhos em casa?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	30	100,0	100,0	100,0

Tabela 10: Tem escadas em casa?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	10	33,3	33,3	33,3
	Não	20	66,7	66,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 11: Escadas sem sistema de segurança

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	20,0	60,0	60,0
	Não	4	13,3	40,0	100,0
	Total	10	33,3	100,0	
Missing	System	20	66,7		
Total		30	100,0		

Tabela 12: Escadas com sistema de segurança (cancela)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	13,3	33,3	33,3
	Não	8	26,7	66,7	100,0
	Total	12	40,0	100,0	
Missing	System	18	60,0		
Total		30	100,0		

Tabela 13: Tem sistema de proteção nas janelas?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	12	40,0	40,0	40,0
	Não	18	60,0	60,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 14: A sua casa tem varanda?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	20	66,7	66,7	66,7
	Não	10	33,3	33,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 15: Tem varanda com protecção?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	13,3	20,0	20,0
	Não	16	53,3	80,0	100,0
	Total	20	66,7	100,0	
Missing	System	10	33,3		
Total		30	100,0		

Tabela 16: O(s) seu(s) filho(s) costuma(m) brincar na varanda sozinhos?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	30	100,0	100,0	100,0

Tabela 17: Tem sistema de protecção nas tomadas eléctricas?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	9	30,0	30,0	30,0
	Não	21	70,0	70,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 18: Tem tapete aderente na sua banheira?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	18	60,0	60,0	60,0
	Não	12	40,0	40,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 19: Costuma deixar o seu filho sozinho no banho?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	30	100,0	100,0	100,0

Tabela 20: Certifica-se sempre da temperatura da água?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	30	100,0	100,0	100,0

Tabela 21: Tem lareira ou braseira?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	12	40,0	40,0	40,0
	Não	18	60,0	60,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 22: A lareira ou braseira tem proteção?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	13,3	33,3	33,3
	Não	8	26,7	66,7	100,0
	Total	12	40,0	100,0	
Missing	System	18	60,0		
Total		30	100,0		

Tabela 23: Guarda fósforos e facas fora do alcance das crianças?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	23	76,7	76,7	76,7
	Não	7	23,3	23,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 24: Quando prepara a refeição a criança está na cozinha?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	21	70,0	70,0	70,0
	Não	9	30,0	30,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 25: Tem proteção no fogão?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	10	33,3	33,3	33,3
	Não	20	66,7	66,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

III – Parte

Gráfico 1: Distribuição da frequência relativa à ocorrência de ADL, em percentagem

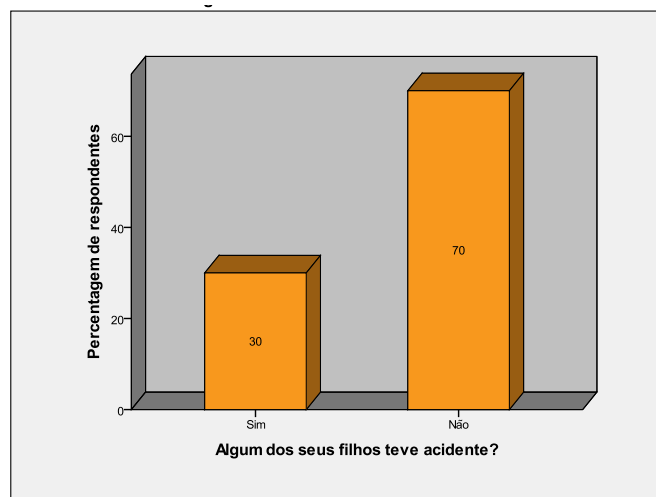


Gráfico 2: Distribuição da frequência relativa ao sexo da criança, que sofreu um ADL, em percentagem

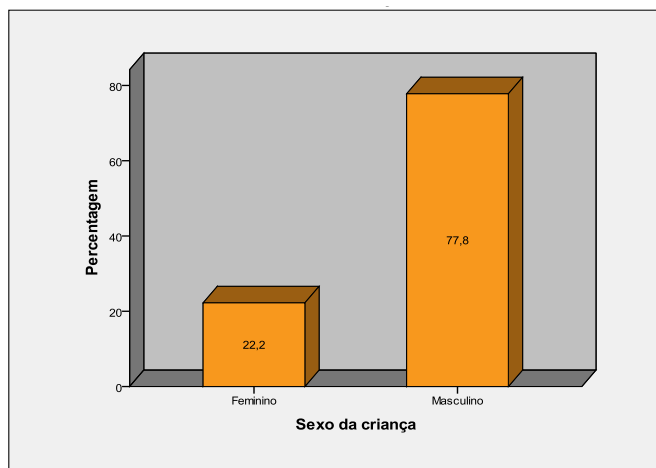


Gráfico 3: Distribuição da frequência relativa à idade da criança, no momento do ADL, em percentagem

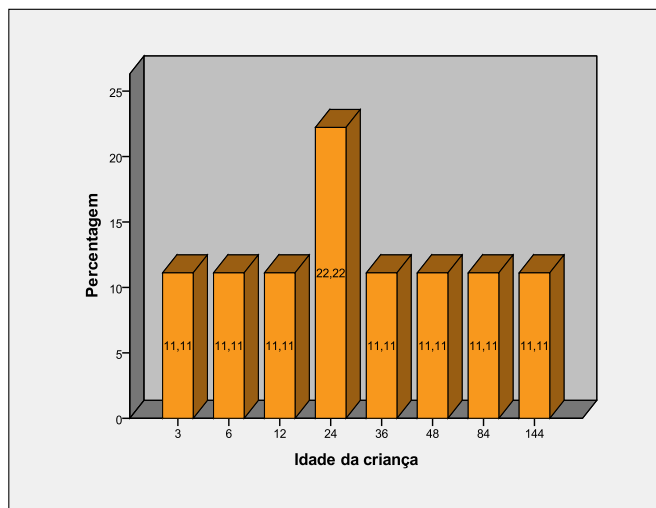


Gráfico 4: Distribuição da frequência relativamente ao tipo de ADL ocorridos, em percentagem

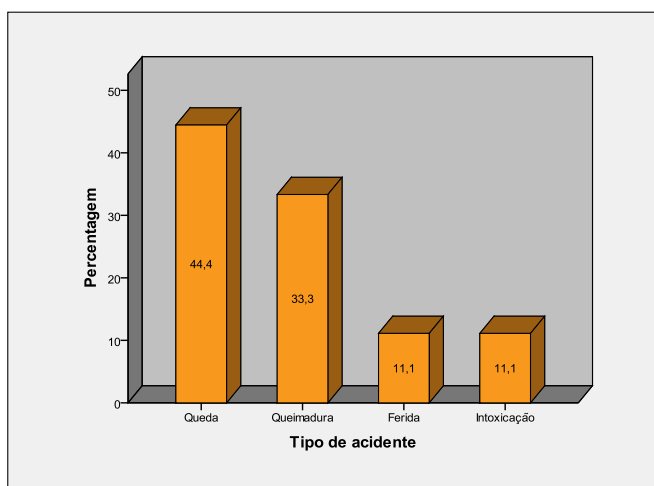


Gráfico 5: Distribuição da frequência relativa ao dia da semana em que ocorreu o ADL, em percentagem

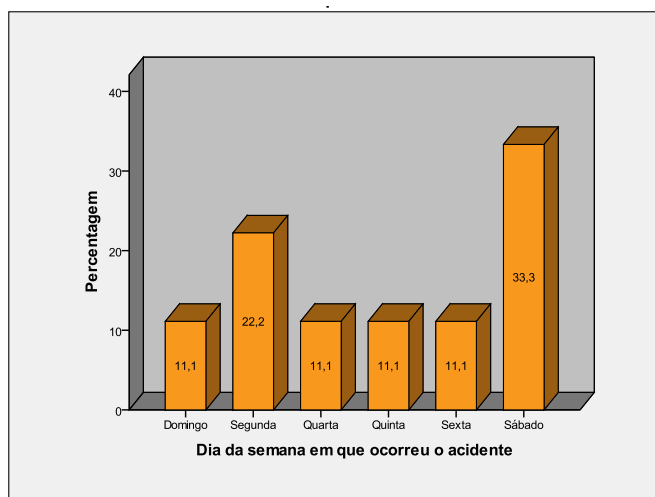


Gráfico 6: Distribuição da frequência relativa à hora da ocorrência do ADL, em percentagem

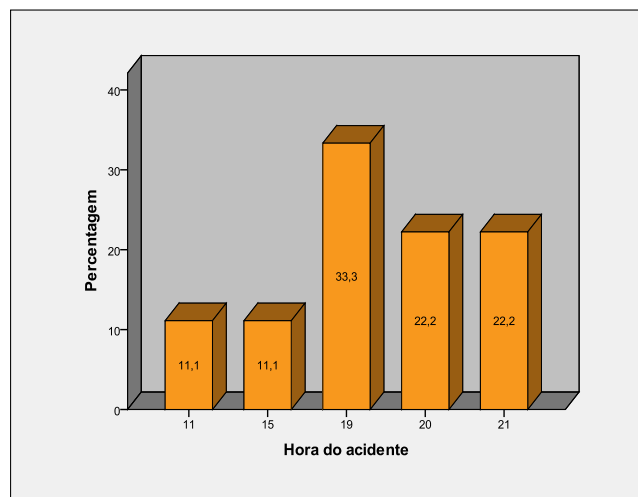


Gráfico 7: Distribuição da frequência relativa ao local da ocorrência de ADL, em percentagem

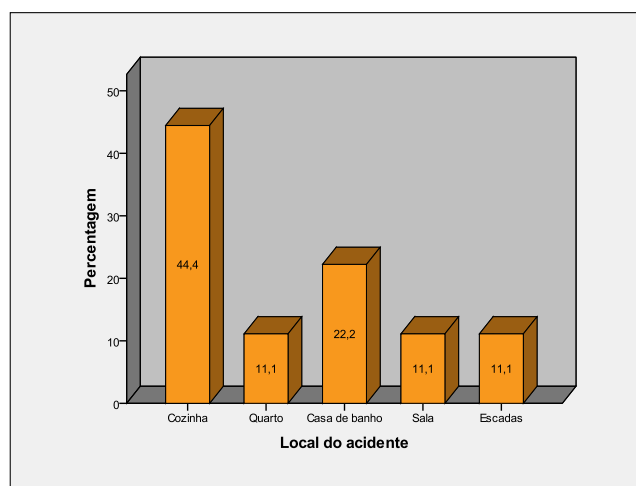
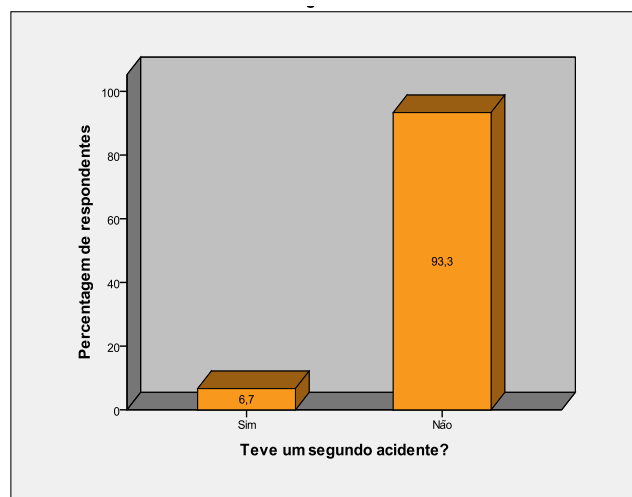


Gráfico 8: Distribuição da frequência relativa à ocorrência do segundo ADL, em percentagem



 Apêndice VII - Tabela ilustrativa da determinação de prioridades

<i>PROBLEMAS</i>		
<i>CRITÉRIOS</i>	<i>1. Déficit de conhecimentos relativos às medidas preventivas de ADL</i>	<i>2. Ocorrência de ADL e consequente risco de lesão</i>
<i>Importância do problema</i>	+	+
<i>Relação problema/fator de risco</i>	+	-
<i>Capacidade Técnica de Intervir</i>	+	+
<i>Exequibilidade</i>	-	-
<i>RECOMENDAÇÕES</i>	2	6



Apêndice VIII - Plano das atividades realizadas



Atividade 1 – Sessão de Educação para a Saúde sobre o tema “Prevenção de ADL”

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivo que pretende atingir	Avaliação
Sessão de educação para a saúde, dirigida aos pais/educadores das crianças dos 0-12 meses, inscritos e que frequentam a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil na UCSP, sobre o tema “Prevenção de ADL”.	- Enfa Mestranda; - Dra. S.N. (Associação na área da promoção de segurança infantil).	- 27 de novembro de 2012 entre as 15h-16h.	- Sala de espera do 1 ^a andar da UCSP.	- 45min. de preleção com projeção de power-point, e 15min. de discussão entre os participantes; - Distribuição de folhetos informativos.	- Capacitar os pais/educadores das crianças dos 0-12 meses sobre as estratégias que promovam a prevenção dos ADL.	- Realização efetiva da sessão; - Taxa de participantes na sessão; - Taxa de folhetos informativos distribuídos na sessão; - Taxa de participantes que avaliam de forma satisfatória os conteúdos transmitidos.

Atividade 2 – Sessão de Educação para a Saúde sobre o tema “Primeiros Socorros”

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivo que pretende atingir	Avaliação
Sessão de educação para a saúde, dirigida aos pais/educadores das crianças dos 0-12 meses, inscritos e que frequentam a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil na UCSP, sobre o tema “Primeiros Socorros”.	- Enfa Mestranda.	- 5 de dezembro 2012 entre as 15h-16h.	- Sala de espera do 2ª andar da UCSP.	- 25m de preleção com projeção de power-point, 10m de demonstração técnica e 10m de discussão entre os participantes; - Construção de <i>Kit</i> de Primeiros Socorros; - Distribuição do folheto “Intoxicações”.	- Capacitar os pais/educadores das crianças dos 0-12 meses para a prestação dos primeiros socorros, aos seus filhos/educandos, de modo a minimizar as consequências dos ADL, aquando estes ocorram.	- Realização efetiva da sessão; - Taxa de participantes na sessão; - Taxa de folhetos distribuídos na sessão; - Taxa de participantes que avaliam de forma satisfatória os conteúdos transmitidos.

Atividade 3 – Sessão Formal de Sensibilização sobre o tema “Prevenção de ADL”

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivo que pretende atingir	Avaliação
Sessão formal de sensibilização, dirigida aos profissionais de enfermagem da UCSP e ACES, sobre o tema “Prevenção de ADL”.	- Enf ^a Mestranda.	- 11 de dezembro de 2012 (12h.30m 13h.30m).	- Sala de formação da direção dos ACES.	- Contatos informais com profissionais da UCSP no decorrer do desenvolvimento da intervenção comunitária; - 50min. de preleção com projeção de power point, e 10min. de discussão entre os participantes. - Entrega do portfólio à direção do ACES.	- Divulgar o projeto de intervenção comunitária desenvolvido; - Promover a continuidade da intervenção comunitária; - Incentivar a discussão relativa à intervenção comunitária e de novas propostas e sugestões;	- Realização efetiva da sessão formal de sensibilização;



Apêndice IX - Parceria com a Associação na área da promoção de segurança infantil





AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO SOBRE SEGURANÇA DOMÉSTICA

Em Portugal, os acidentes e as suas consequências são a principal causa de morte, doença e incapacidade, temporária ou definitiva, em crianças e jovens.

Hoje sabe-se que 80% dos acidentes podem ser evitados através da intervenção e atuação dos profissionais e famílias ao nível dos ambientes que as crianças e jovens frequentam. É, por isso, essencial que os adultos tenham conhecimentos que lhes permitam utilizar estratégias de prevenção.

AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO SOBRE SEGURANÇA DOMÉSTICA

Esta Ação de Sensibilização tem uma duração de **40m** e não tem limite de participantes.

A Ação iniciar-se-á com uma abordagem à Segurança Doméstica, na qual serão analisados os acidentes mais frequentes e os que têm consequências mais graves, desde o nascimento e ao longo das diversas fases do crescimento, incidindo no primeiro ano de vida, tanto no interior como no exterior da casa – quedas (ao mesmo nível e de alturas elevadas – escadas, varandas...), queimaduras (com fogo, líquidos quentes, produtos químicos, etc.), intoxicações (produtos de limpeza, medicamentos, etc.), eletrocussão, asfixia e estrangulamento.

Serão, de seguida, analisadas e exemplificadas as diversas estratégias a adotar para a prevenção de cada uma das possibilidades de acidente.

Destinatários: Famílias e profissionais de diferentes áreas.

Orçamento: Esta Ação de Sensibilização tem um custo de **180 €**, isentos de IVA, que incluem a dinamização da ação e a deslocação do técnico.

Outras informações

Os sócios da usufruem de um desconto em todas as ações no valor de 10% no 1º ano de associados, 15% no 2º ano e 20% a partir do 3º ano.

O Núcleo de Formação da está ao dispor para qualquer esclarecimento adicional, através do telefone 21 884 41 07 e do email mvidigal@apsi.org.pt

Lisboa, 09 de novembro de 2012

Apêndice X - Parceria com os laboratórios da indústria farmacêutica

AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO SOBRE SEGURANÇA DOMÉSTICA

Em Portugal, os acidentes e as suas consequências são a principal causa de morte, doença e incapacidade, temporária ou definitiva, em crianças e jovens. Hoje sabe-se que 80% dos acidentes podem ser evitados através da intervenção e atuação dos profissionais e famílias ao nível dos ambientes que as crianças e jovens frequentam. É, por isso, essencial que os adultos tenham conhecimentos que lhes permitam utilizar estratégias de prevenção.

Após a realização de um diagnóstico de situação realizado aos **pais/educadores das crianças dos 0-12 meses**, que frequentam as Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil na UCSP, foi verificado défice de conhecimentos relativos dos acidentes domésticos e de lazer – ADL.

Como enfermeira responsável do Programa de Saúde Infantil e Juvenil na UCSP, pertencente ao ACES e estudante do 3ª Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, venho por este meio solicitar o vosso Exmo. apoio para que em parceria com a Associação da área de Promoção de Segurança Infantil se possa intervir junto desta população.

Infelizmente a Associação não tem outras formas de suportar os custos decorrentes do seu funcionamento – como as instalações e os salários dos técnicos, por exemplo -pelo que não pode assegurar os custos das ações para a comunidade. Neste sentido, há um valor orçamentado, de sessenta euros (60€).

A ação de sensibilização terá uma duração de 60m, sendo previsto 30 participantes, não tendo ainda dia agendado, contudo decorrerá na penúltima semana do mês de Novembro, do corrente ano.

A Ação iniciar-se-á com uma abordagem à Segurança Doméstica, na qual serão analisados os acidentes mais frequentes e os que têm consequências mais graves, desde o nascimento e ao longo das diversas fases do crescimento, tanto no interior como no exterior da casa – quedas (ao mesmo nível e de alturas elevadas – escadas, varandas...), queimaduras (com fogo, líquidos quentes, produtos químicos, etc.), intoxicações (produtos de limpeza, medicamentos, etc.), eletrocussão, asfixia e estrangulamento. Serão, de seguida, analisadas e exemplificadas as diversas estratégias a adotar para a prevenção de cada uma das possibilidades de acidente.

Deste modo, apesar da crise económica em que vivemos, considero o tema bastante pertinente, aplicado a um grupo tão vulnerável como são as crianças. Assim tendo em atenção a faixa etária, o vosso apoio para além das razões monetárias será também importante para dar a divulgar os vossos produtos.

Conto com a vossa ajuda.

Atenciosamente
Enfª Carla Leite
9xxxxxxx

Apêndice XI - Plano da sessão de educação para a saúde “Prevenção de ADL”

Plano de Sessão “Prevenção de ADL”

Local: UCSP.

Data: 27 de Novembro de 2012.

Hora: 15-16 horas.

Duração da sessão: 60 minutos.

População alvo (formandos): Pais/educadores de crianças entre os 0-12 meses, inscritas e que frequentam a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil na UCSP.

Cronograma:

	<u>CONTEÚDOS</u>	<u>TEMPO</u>	<u>METODOLOGIA</u>	<u>RECURSOS</u>
INTRODUÇÃO	Apresentação dos objetivos	5 min.	Método expositivo	Humanos - Enfa Mestranda; - Dra. S.N. - Pais/educadores das crianças dos 0-12 meses. Materiais - Mesas e cadeiras; - Computador; - Data-show; - Pastas e canetas; - Folheto “Viver, Aprender e Prevenir...”. - Folheto “Vale a pena Crescer em Segurança”.
DESENVOLVIMENTO	Exposição e discussão dos seguintes conteúdos: - Abordagem à Segurança Doméstica - Tipo de ADL mais frequentes nas crianças dos 0-12 meses; - Estratégias para a criação de um ambiente doméstico seguro.	40min.	Método expositivo	
CONCLUSÃO	- Resumo da sessão; - Espaço para esclarecimento de dúvidas e promoção de discussão dos conteúdos apresentados; - Aplicação do questionário de satisfação da sessão.	15min.	Método expositivo e interrogativo	



Apêndice XII - Folheto “Viver, Aprender e Prevenir...”



E ainda...

- ⇒ Das 7 crianças que sofreram acidentes (correspondendo a 30%), observa-se que o sexo predominante foi o masculino com 23,3%;
- ⇒ A média de idade das crianças que sofreram acidentes foi de 42,33 meses, ou seja, 3 anos e meio, sendo que a idade mais verificada foi de 24 meses, com uma percentagem de 6,7%;
- ⇒ O tipo de acidente mais frequente é a queda com 13,3% (sem sofrimento de fratura) seguido da queimadura com 10%. Sendo que, nenhum dos acidentes levou a internamento;
- ⇒ Os dias da semana mais verificados no ocorrer dos acidentes foram o sábado (10%)
- ⇒ As 19 horas, foi o período mais frequente na ocorrência dos acidentes com 10% das respostas, seguido das 20 e 21 horas, com a mesma percentagem de 6,7%;
- ⇒ Os locais de acidente mais frequentes foram a cozinha e a casa de banho com 13,3% e 6,7% das respostas, respetivamente.

No Mundo, na Europa e em Portugal, os acidentes são um grave problema de Saúde Pública. Historicamente, eram negligenciados por serem vistos como eventos aleatórios ou acidentais; hoje, são considerados evitáveis face à eficácia comprovada das medidas de prevenção.



Assim, este Projeto visa contribuir para a obtenção de ganhos em saúde da nossa população, através de ações que promovam comportamentos seguros e competências específicas para lidar com o risco de acidente.

Bibliografia:

- * ADELIA (2010) - Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada; Relatório 2006-2008. Lisboa: INSA. ISBN:978-8643-18-7;
- * OMS (2008) - World report on child injury prevention. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication. ISBN 978-92-4-156357-4;
- * PORTUGAL. Alto Comissariado da Saúde (2011) - Objetivos para o Sistema de Saúde 2 - Versão Discussão. Lisboa: Gabinete Técnico do PMS 2011-2016.

Projeto de Intervenção Comunitária

3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária



Capacitar os pais/educadores das crianças entre os 0-12 meses para a prevenção de acidentes domésticos e de lazer



ACES¹



Acidentes Domésticos e de Lazer – ADL



ADL, são todos os acidentes registados durante os tempos livres da população, ocorridos em casa, em práticas desportivas, em períodos de lazer ou diversão.

Acidente Doméstico e de Lazer- Informação Adequada" (ADELIA) é a designação portuguesa para o sistema de monitorização, vigilância e registo dos ADL

Segundo o Relatório ADELIA do ano 2006, num universo de 23.079 acidentes, verificou-se que até aos 14 anos ocorreram 49% ADL.

Assim, os ADL são muito comuns. Mesmo com todo o cuidado, há objetos e situações que podem provocar acidentes, especialmente, para as crianças, para quem todas as divisões da casa, podem representar um risco.

Resultados do Diagnóstico da Situação realizado na UCSP de Santa Iria de Azóia

Observa-se uma consciencialização dos pais para esta problemática, dado que, 70% dos respondentes reconheceram os acidentes como sendo a principal causa de morte na criança e consideram que 90% dos acidentes são evitáveis.

No entanto,

A verdadeira dimensão não é completamente reconhecida por estes, pois medidas "simples", e preventivas de acidentes, não são aplicadas na prática diária corrente.



Sendo que,

- ⇒ 63,3% dos respondentes não fez nenhuma modificação em casa, quando o seu filho(a) nasceu;
- ⇒ 53,3% dos respondentes não guarda produtos e substâncias perigosas fora do alcance das crianças;
- ⇒ 70% não sabe da existência do número telefónico do Centro de Intoxicação Antivenenos, e 86,7% não possuem esse número em local facilmente acessível;
- ⇒ dos 33,3% respondentes que têm escadas em casa, 26,7% não detêm sistema de segurança nas escadas;
- ⇒ dos 66,7% dos respondentes que têm varanda em casa, 53,7% não tem proteção nas mesmas;
- ⇒ 70% não têm sistema de proteção nas tomadas elétricas;
- ⇒ dos 40% dos respondentes com lareira em casa, 26,7% não possuem proteção;
- ⇒ 70% dos respondentes confirmam que as crianças estão na cozinha quando estes preparam a refeição;
- ⇒ 66,7% dos respondentes não possuem proteção no fogão.

 **Apêndice XIII** - Plano de sessão de educação para a saúde “Primeiros Socorros”/Apresentação da sessão, em versão power-point 

Plano de Sessão “Primeiros Socorros”

Local: UCSP.

Data: 5 de Dezembro 2012.

Hora: 15-16 horas.

Duração da sessão: 60 minutos.

População alvo (formandos): Pais/educadores de crianças entre os 0-12 meses, inscritas e que frequentam a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil na UCSP.

Cronograma:

	<u>CONTEÚDOS</u>	<u>TEMPO</u>	<u>METODOLOGIA</u>	<u>RECURSOS</u>
INTRODUÇÃO	Apresentação dos objetivos	5 min.	Método expositivo	Humanos - Enfª Mestranda; - Pais/educadores das crianças dos 0-12 meses. Materiais - Mesas e cadeiras; - Pastas e canetas; - Computador; - Data-show; - Boneco; - Utensílios e produtos para construção de <i>Kit</i> de primeiros socorros; - Folheto “Intoxicações”.
DESENVOLVIMENTO	Exposição e discussão dos seguintes conteúdos: - Importância dos Primeiros Socorros; - Tipo de acidentes mais frequentes (quedas, queimaduras, intoxicação, afogamento e asfixia); - Construção do Kit de Primeiros Socorros.	45min.	Método expositivo e demonstrativo	
CONCLUSÃO	- Resumo da sessão; - Espaço para esclarecimento de dúvidas e promoção de discussão dos conteúdos apresentados; - Aplicação do questionário de satisfação da sessão.	10min.	Método expositivo e interrogativo	

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

ACES VI – LOURES UCSP SANTA IRIA DE AZÓIA

Projeto de Intervenção Comunitária Viver, Aprender e Prevenir



Primeiros Socorros

Carla Leite
Santa Iria de Azóia, Dezembro de 2012

Primeiros Socorros

Prevenção Secundária

conjunto de ações a realizar após um acidente de modo a que este não se agrave

Os primeiros socorros são a primeira ajuda ou assistência dada à criança vítima de acidente até a mesma chegar a um profissional ou até à chegada de uma ambulância.

A finalidade dos primeiros socorros é:

- Preservar a Vida;
- Evitar o agravamento do estado da criança;
- Promover o seu restabelecimento.

112 – Nº Europeu de Socorro

- Informar claramente o local onde se encontra a criança;
- Mencionar de forma simples como se deu o acidente;
- Dar indicações precisas sobre o estado da criança;



Primeiros Socorros

- Quedas;
- Queimaduras;
- Afogamentos;
- Intoxicações;
- Ingestão de corpos estranhos;
- Aspiração de corpos estranhos.



Quedas



- Bebés com menos de 6 meses, a menos que se trate de uma queda ligeira, é recomendável que seja avaliado pelo médico ou pelo menos este deverá ser contactado, principalmente se bateu com a cabeça.

Importante estar atento a alguns sinais que possam eventualmente surgir nas 72 horas seguintes como:

- Ficar inconsciente;
- Vómitos;
- Irritação no local da queda, pelo contrário se está muito irritada;
- Sangra abundantemente do nariz ou de um ouvido;
- Desequilíbrio (no caso de se tratar duma criança que já anda bem);
- Convulsivar;

Serviço de Urgência

Quedas

- Se a criança está bem, continuando a ter o comportamento habitual, então não necessita de outros cuidados;
- No local do traumatismo, o ideal será aplicar de imediato gelo (ou até um saco de ervilhas ou outro produto congelado que seja de fácil acesso);
- A criança pode ficar com hematoma visível ou não;
- O aspeto que o hematoma possa apresentar não traduz só por si qualquer gravidade.

Cortes/Feridas



Superficiais

- Simples: não necessitam de tratamento médico/enfermagem ou diferenciado;
- Complicadas: necessitam de tratamento médico/enfermagem ou diferenciado.

Profundas ou penetrantes

- Necessitam sempre de tratamento médico/enfermagem ou diferenciado.

Importante - Cortes/Feridas

- Acalmar a criança;
- Lavar as mãos/Utilizar se possível luvas;
- Expor a zona da ferida;
- Se necessário retirar adornos (anéis, fios...);
- Lavar / desinfetar a ferida (água e sabão ou solução antisséptica);
- Colocar uma compressa e fazer a sua fixação;
- Nunca falar, tossir, espirrar ou fumar para cima de uma ferida ou penso.



Cortes/Feridas

Nas feridas que requerem tratamento médico/enfermagem

- Não lavar / desinfetar;
- Proteger a ferida com compressas ou panos limpos e secos;
- Efetuar cobertura;
- Recorrer à UCSP.



Cortes/Feridas

Assim, as feridas:

- Variam de escoriações (arranhões) a lesões mais graves.
- O tratamento varia de acordo com a profundidade e a hemorragia;
- Cortes em regiões muito vascularizadas sangram muito mais (como mãos, couro cabeludo, pés, lábios, língua, sobrolho).

Hemorragia

Grande perda de sangue devido a rutura de vasos sanguíneos.

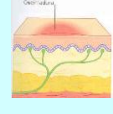
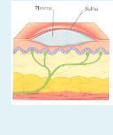
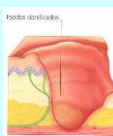
Características:

- Extravasamento de sangue visível;
- Dor localizada;
- Rubor.

Como Proceder:

- Deitar a criança;
- Elevar o membro;
- Aplicar sobre a ferida, um pano limpo, seco e sem pelos ou lenço de papel;
- Se o pano ficar ensopado de sangue, colocar um outro por cima, sem retirar o primeiro;
- Fazer compressão manual e recorrer à UCSP ou ao Serviço de Urgência.



Grau da Queimadura	Camada de Pele Afetada	Aparência da Lesão	Sintomas	Tempo aproximado de Cicatrização/Sequelas
1º Grau 		- Seca; - Rubor;	- Dor que suaviza com o frio; - Hipersensibilidade,	- Arrefecer o mais possível, com água corrente; - Cobrir a zona com compressas molhadas em água tépida; - Colocar creme hidratante; - Não colocar gorduras caseiras, pelo risco de infeção.
2º Grau 		- Flitenas; - Aspeto húmido (exsudativo) - Aspeto rosado; - Edema.	- Dor; - Hipersensibilidade.	- Arrefecer o mais possível, com água corrente; - Não rebentar as bolhas, uma vez que elas funcionam como proteção (tipo penso) ao meio ambiente, diminuindo o risco de infeção; - Levar à UCSP.
3º Grau 		- Seca; - Branca pálida ou carbonizada; - Rígida e sem elasticidade; - Destruição total das terminações nervosas, folículos pilosos e glândulas sudoríparas (possível destruição óssea)	- Indolor; - Edema; - Choque	- Caso a criança esteja presa na fonte elétrica, a primeira providência é desligar essa fonte antes de aceder à criança, desligando o quadro elétrico se estiver acessível; - Se não tiver acesso ao quadro elétrico deverá afastar a criança da fonte, utilizando por exemplo um pau (em que a madeira é má condutora elétrica) para remover o aparelho ou fonte de energia; - Mesmo na presença de uma pequena área afetada, deve transportar-se a criança para o hospital para despiste de outras complicações associadas;

Afogamento

- Remover a criança da água;
- Verificar se ela está a respirar. Em caso positivo, deitá-la sobre o lado esquerdo do corpo para ela expelir a água;



- Se não estiver a respirar, deve pedir ajuda, chamando o 112.

Intoxicação



- As reações adversas podem não ser imediatas e os sintomas podem surgir apenas nas horas seguintes;
- Assim, a atuação deverá ter sempre em conta os sinais que a criança apresenta, tais como:
 - **Vómitos;**
 - **Alteração do estado de consciência;**
 - **Dificuldade respiratória;**
 - **Lesões cutâneas.**



CIAV – Centro de Informação Antivenenos

CIAV

**Deve ser sempre contactado o CIAV
que dará todas as indicações
necessárias**



808 250 143

Não se precipite, mas não perca tempo!

RESPONDA ÀS PERGUNTAS DO MÉDICO DO CIAV

QUEM

Idade, sexo...

O QUÊ

Nome do medicamento ou produto , se possível tenha a embalagem consigo

QUANTO

Quantidade ingerida (aproximadamente) ou tempo de exposição ao produto

QUANDO

Há quanto tempo

ONDE

Em casa, na rua, no local de trabalho ...

COMO

Em jejum, com alimentos, com bebidas alcoólicas ...

CIAV – Centro de Informação Antivenenos

CONTACTO COM OS OLHOS

- Lavar abundantemente com água corrente durante 15 minutos mantendo as pálpebras afastadas;
- Não aplicar quaisquer produtos e não esfregar.

INALAÇÃO

- Retirar o intoxicado para fora do ambiente contaminado, de preferência para o ar livre.

CONTAMINAÇÃO DA PELE

- Retirar as roupas conspurcadas;
- Lavar abundantemente com água corrente durante 15 minutos.

INGESTÃO

- Não provocar o vômito;
- Dar a beber alguns golos de água ou leite.

Ingestão de corpo estranho

- Ocorre quando as crianças engolem, acidentalmente, pequenos objetos, como peças de brinquedos, pedaços de papel, botões e moedas entre outros. Estes objetos são deglutidos e atingem o sistema digestivo;
- Objetos pequenos, plásticos ou metálicos que não sejam pontiagudos nem cortantes acabam eliminados com as fezes, sem causar problemas;
- Objetos particularmente perigosos, como agulhas ou vidros, podem ficar presos em um de seus órgãos, e pilhas ou baterias, podem romper e liberar produtos tóxicos.

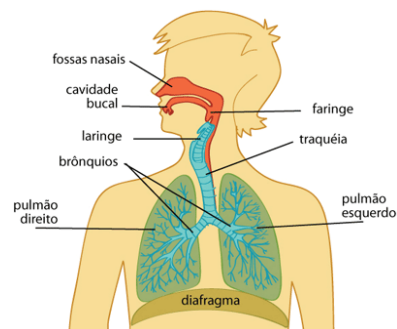
Ingestão de corpo estranho

Assim, mesmo que a criança esteja aparentemente bem, deverá recorrer ao Serviço de Urgência e ser avaliada de modo a tentar localizar o objeto e eventualmente removê-lo.



Aspiração de corpos estranhos

- Ocorre quando um objeto ou um alimento penetra pela boca ou pelas narinas da criança, atingindo as vias aéreas inferiores (traqueia e brônquios);

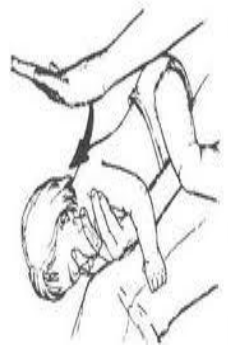


Aspiração de corpos estranhos

- Se a criança pode falar ou tossir, não se deve tentar nenhuma manobra manual, mas sim, estimular a criança a forçar a tosse para expulsar o corpo estranho;
- Não passar os dedos pela boca às cegas; no entanto, quando for possível visualizar o objeto, pode-se retirá-lo utilizando o dedo polegar e o indicador, em um movimento de pinça;
- Se a criança não consegue tossir, falar ou chorar e apresenta coloração arroxeada na pele, tornam-se necessárias manobras de desobstrução das vias aéreas.

Aspiração de corpos estranhos

- 1 Colocar o bebê de bruços sobre um dos braços.
- 2 Encaixar o queixo da criança entre dois dedos para que a cabeça fique firme.
- 3 As pernas devem ficar abertas, uma para cada lado do braço.
- 4 Desça o braço cerca de 10 centímetros para o corpo ficar levemente inclinado.
- 5 Com a outra mão, dar leves tapas nas costas para desobstruir as vias aéreas.
- 6 O líquido deve sair pela boca e nariz.



Kit - Primeiros Socorros

- Luvas, para evitar infecções;
- Pensos e compressas para estancar hemorragias;
- Ligaduras e adesivos de vários tamanhos e larguras;
- Soro fisiológico, nomeadamente para lavagem ocular;
- Pomada para queimaduras;
- Desinfetante;
- Tesoura.



Frequentemente, os pais preocupam-se em proteger os seus filhos em todos os ambientes externos à sua casa. Julgando, ingenuamente, que os seus lares estão totalmente protegidos.



Infelizmente, isto não é verdade, uma grande percentagem de acidentes ocorridos na infância ocorrem dentro de casa.

Porém, com informação e boa vontade, podemos adaptar os ambientes e garantir, além de todo amor, atenção e carinho essenciais ao bom desenvolvimento das crianças, uma vida mais segura dentro dos seus próprios lares.

Obrigada, pela vossa atenção



Bibliografia

- <http://www.inem.pt/ciav;>
- <http://www.queimados.com.pt;>
- REIS, Isabel (2010) – Manual de Primeiros Socorros: Situações de Urgência nas Escolas, Jardins-de-infância e Campos de férias. Lisboa. Editorial do Ministério da Educação. ISBN 978-972-742-330-9.





Apêndice XIV - Parceria com o CIAV



Disponibilização de brochura

CIAV TOX (ciav.tox@inem.pt)

Adicionar a contatos

19/11/2012

Para: carla leite

Bom dia,

Em resposta ao seu Email, informamos que teremos todo o gosto em lhe entregar as 35 brochuras solicitadas, hoje mesmo se assim o entender pode dirigir-se ao INEM- Rua Almirante Barroso nº. 36 – 1º. Andar CIAV.

Melhores cumprimentos,

Odete Rato

CIAV

Centro de Informação Antivenenos

Instituto Nacional de Emergência Médica - INEM, I.P.

Rua Almirante Barroso nº 36 / 1000-013 Lisboa - Portugal

(+ 351 213 303 271 / **Fax.** + 351 213 303 275

@ ciav.tox@inem.pt / **Http:** www.inem.pt/ciav

A emergência médica começa em si. Colabore com o INEM. Juntos, podemos salvar vidas!

De: carla leite [mailto:carla_ril@hotmail.com]

Enviada: segunda-feira, 19 de Novembro de 2012 8:42

Para: CIAV TOX

Assunto: disponibilização de brochura

Muito boa tarde Exmo. Srs.

Eu, Carla Leite, enfermeira no ACES, encontro-me a desenvolver um Projeto na área da prevenção de acidentes domésticos. Neste sentido, venho deste modo solicitar a vossa parceria, no que diz respeito à disponibilização de uma brochura que tem disponível no vosso site para download (ver anexo adicionado).

Assim, necessitava, se possível, de 35 exemplares até dia 3 de Dezembro, dado que a formação se irá realizar no dia 4 de Dezembro. Gostaria de saber, se confirmar o pedido como os poderei levantar

Com os melhores cumprimentos

Enfª Carla Leite

Apêndice XV - Fotografia do “*Kit* de Primeiros Socorros”





Apêndice XVI - Questionário de Satisfação



Questionário de Satisfação

Coloque uma cruz (X) no quadrado que pretende:

	Não Satisfaz	Satisfaz	Satisfaz Muito
Interesse dos conteúdos			
Clareza dos conteúdos			
Utilidade dos conteúdos			
Duração da sessão			
Clareza da apresentação			
Instalações e equipamentos			

Obrigada pela vossa colaboração



Apêndice XVII - Plano de sessão formal de sensibilização aos profissionais de saúde do ACES /Apresentação da sessão, em versão power-point



Plano da Sessão Formal de Sensibilização “Prevenção de ADL”

Local: Sala de formação da Direção do ACES.

Data: 11 de Dezembro de 2012.

Hora: 12h.30 min-13h.30min.

Duração da sessão: 60 minutos.

População alvo (formandos): Enfermeiros pertencentes à UCSP e ACES.

Cronograma:

	<u>CONTEÚDOS</u>	<u>TEMPO</u>	<u>METODOLOGIA</u>	<u>RECURSOS</u>
INTRODUÇÃO	Apresentação dos objetivos	5 min.	Método expositivo	Humanos - Enfa Mestranda; - Profissionais da UCSP e ACES; Materiais - Mesas e cadeiras; - Computador; - Data-show; - Pastas e canetas; - Portefólio; - Programa SAPE.
DESENVOLVIMENTO	Exposição e discussão dos seguintes conteúdos: - Definição de Acidentes; - Acidentes como Problema de Saúde Pública; - Programa Nacional de Prevenção de Acidentes; - Acidentes Domésticos e de Lazer; - Crianças/ População Vulnerável; - Apresentação do Projeto de Intervenção Comunitária/Implicações para a prática.	45min.	Método expositivo	
CONCLUSÃO	- Resumo da sessão; - Espaço para esclarecimento de dúvidas e promoção de discussão dos conteúdos apresentados.	10min.	Método expositivo e interrogativo	



Projeto de Intervenção Comunitária

Aprender, Viver e Prevenir...

Capacitar os pais/educadores das crianças entre os 0-12 meses para a prevenção de acidentes domésticos e de lazer

Carla Leite
Santa Iria de Azóia, Dezembro de 2012

ACES VI – LOURES UCSP SANTA IRIA DE AZÓIA
3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Definição de acidente

Qualquer acontecimento, independente da vontade do homem, caracterizado pela libertação súbita de uma força externa, podendo originar lesões corporais e/ou mentais.



OMS, 2008

Acidentes...

SEGUNDO A CID 10	VULGARMENTE
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	Acidentes
«Acidentes» (códigos V01-X59)	Acidentes não intencionais Acidentes de viação, afogamentos, quedas, intoxicação, queimaduras, sufocações.
«Lesões autoprovocadas intencionalmente» (códigos X60-X84)	
«Agressões» (códigos X85-Y09)	Acidentes intencionais Suicídios, homicídios, violência auto infringida...
«Eventos cuja intenção é indeterminada e outros» (códigos Y10-Y98).	

Acidentes na Europa (segundo grupo etário)

Posição	<1 Ano	1-4 Anos	5-14 Anos	15-24 Anos	25-60 Anos	≥60 Anos	Todas as idades
1	Condição perinatal	Acidentes	Acidentes	Acidentes	Neoplasias	Doença do aparelho circulatório	Doença do aparelho circulatório
2	Anomalias congénitas	Anomalias congénitas	Neoplasias	Neoplasias	Doença do aparelho circulatório	Neoplasias	Neoplasias
3	Sintomas e sinais mal definidos	Neoplasias	Doenças do sistema Nervoso e órgãos dos sentidos	Doença do aparelho circulatório	Acidentes	Doenças do aparelho Respiratório	Doenças do aparelho Respiratórias
4	Doenças do sistema Nervoso e órgãos dos sentidos	Doenças do sistema Nervoso e órgãos dos sentidos	Anomalias congénitas	Sintomas e sinais mal definidos	Doenças do aparelho digestivo	Doenças do aparelho digestivo	Acidente
5	Acidentes	Doenças infecciosas e parasitárias	Doença do aparelho circulatório	Doenças do sistema Nervoso e órgãos dos sentidos	Sintomas e sinais mal definidos	Sintomas e sinais mal definidos	Doenças do aparelho digestivo
6	Doenças do aparelho Respiratório	Sintomas e sinais mal definidos	Doenças do aparelho Respiratório	Perturbações mentais	Doenças do aparelho Respiratório	Acidentes	Sintomas e sinais mal definidos
7	Doenças infecciosas e parasitárias	Doenças do aparelho Respiratório	Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais	Doenças do aparelho Respiratório	Doenças do sistema Nervoso e órgãos dos sentidos	Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais	Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Fonte: Injuries in the European Union (Summary 2003-2005). Publicado pela EuroSafe. IDB. KfV, 2009

Acidentes em Portugal (segundo grupo etário)

Posição	<1 Ano	1-4 Anos	5-14 Anos	15-24 Anos	25-44 Anos	45-59 Anos	≥60 Anos	Todas as idades
1	Afeções originadas no período Perinatal	Acidentes	Acidentes	Acidentes	Acidentes	Neoplasias	Aparelho Circulatório	Aparelho Circulatório (32993)
2	Malformações congénitas	Malformações congénitas	Neoplasias	Sinais, sintomas e afeções mal definidas	Neoplasias	Aparelho Circulatório	Neoplasias	Neoplasias (22709)
3	Sinais, sintomas e afeções mal definidas	Neoplasias	Doenças do Sistema Nervoso e órgãos dos sentidos	Neoplasias	Doenças Infecciosas e parasitárias	Sinais, sintomas e afeções mal definidas	Doenças do Aparelho respiratório	Sinais, sintomas e afeções mal definidas (12702)
4	D. Aparelho Respiratório	Sinais, sintomas e afeções mal definidas	Sinais, sintomas e afeções mal definidas	D Sistema Nervoso e órgãos dos sentidos	Aparelho Circulatório	Acidentes	Sinais, sintomas e afeções mal definidas	D. Aparelho Respiratório (11512)
5	D Sistema Nervoso e órgãos dos sentidos	D Sistema Nervoso e órgãos dos sentidos	D. Endócrinas	Aparelho Circulatório	D. Aparelho Digestivo	D. Aparelho Digestivo	D. Endócrinas	Acidentes (4606)
6	D. Infecciosas e parasitárias	D. Infecciosas e parasitárias	Malformações congénitas	D. Aparelho Respiratório	D. Aparelho Respiratório	D. Aparelho Respiratório	D. Aparelho Digestivo	D. Endócrinas (4518)
7	Acidentes	D. Aparelho Respiratório	Aparelho Circulatório	D. Infecciosas e parasitárias	D Sistema Nervoso e órgãos dos sentidos	D. Infecciosas e parasitárias	D. Ap. Genitourinário	D. Aparelho Digestivo (4309)
8	D. Endócrinas	D. Endócrinas	D. Aparelho Respiratório	D. Endócrinas	D. Endócrinas	D. Endócrinas	Acidentes	D. Ap. Genitourinário (2566)

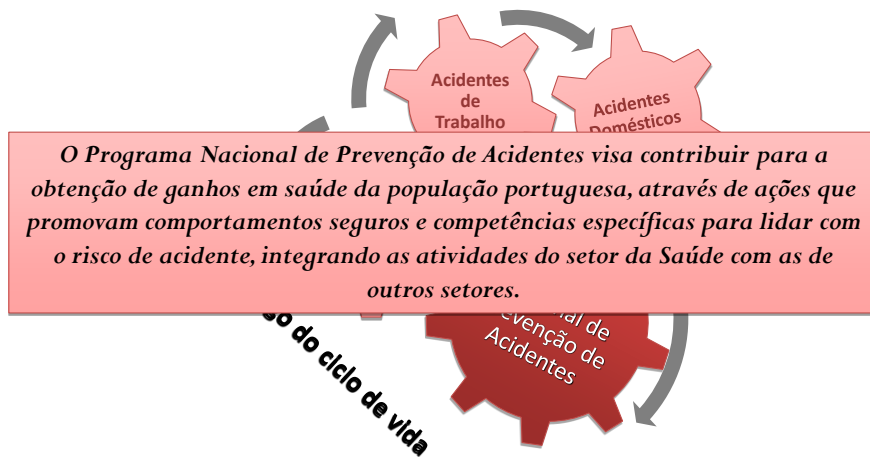
Fonte: INE/DGS, 2008

Morbilidade Hospitalar (GDH, 2006)

Internamentos relacionados com:

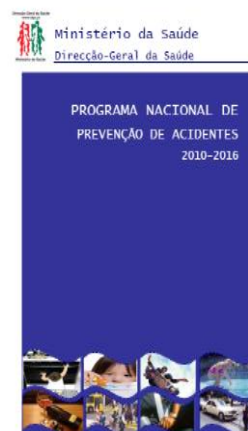
Acidentes	6,6%
<i>intencionais e não intencionais</i>	(72.152)
<i>Crianças e jovens (0-19 anos)</i>	9.556 (13%)
<i>Crianças Adultos (20- 64 anos)</i>	33.209
<i>Pessoas idosas (> 65 anos)</i>	29.387 (41%)
<i>Demora média de internamento</i>	9,5 dias

Programa Nacional de Prevenção de Acidentes



Princípios do Programa

1. **Promover:**
 - a saúde;
 - a segurança.
2. **Prevenir:**
 - os acidentes.
3. **Melhorar:**
 - os cuidados à vítima.



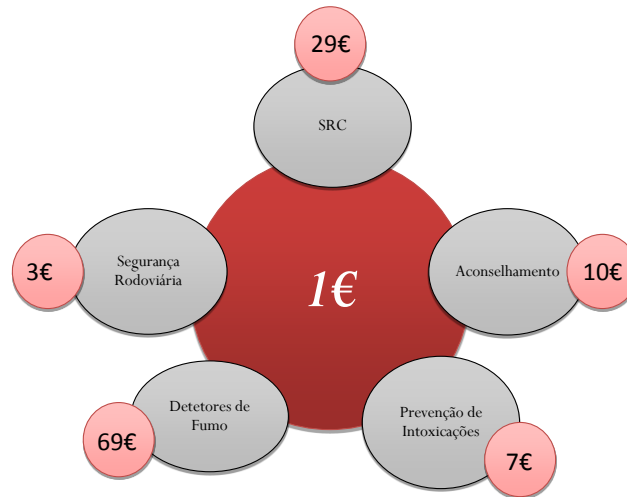
Eixos Estratégicos

1. Capacitar os profissionais;
2. Reforçar a ação comunitária na promoção da segurança e na prevenção dos acidentes;
3. Reforçar a ação intersectorial abrindo o diálogo com os setores sociais, económicos, políticos e outros;
4. Orientar a intervenção dos serviços de saúde para a prestação de cuidados de qualidade à vítima em todo o ciclo do trauma;
5. Legislar, regulamentar e normalizar;
6. Monitorizar a implementação e os progressos do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes;
7. Apoiar a investigação;
8. Cooperar com organizações internacionais.

Áreas Prioritárias



Efetividade das Intervenções Preventivas



Crianças: Grupo Vulnerável

- As **crianças** são geralmente muito curiosas, gostam de explorar o que as rodeia, sendo desta forma que vão crescendo e ganhando autonomia. No entanto, como **não conseguem identificar o perigo, avaliar o risco, nem prever e lidar com as suas consequências**, a probabilidade de ocorrer um acidente é maior.



- Neste sentido, as crianças são consideradas como um **grupo populacional vulnerável**, cabendo aos adultos **criar ambientes mais seguros**, escolher produtos mais adequados e alterar os seus comportamentos.

Crianças: Grupo Vulnerável

- Considerou-se assim, pertinente incidir o Projeto na **área da prevenção dos Acidentes Domésticos e de Lazer (ADL)**, na Infância desde o **nascimento até aos 12 meses**, com o objetivo de diminuir as elevadas incidências de acidentes não intencionais.
- Deste modo, consegue-se também estabelecer um **paralelismo** com os tópicos identificados no **Boletim de Saúde Infantil e Juvenil** (Programa de Saúde Infantil e Juvenil), dado que, um dos objetivos dos Exames de Saúde recomendados pelo Programa preconiza estimular a opção por comportamentos saudáveis, entre os quais os relacionados com a “ (...) **adoção de medidas de segurança, reduzindo assim o risco de acidentes**”.

Saúde Infantil E Juvenil – Programa – Tipo De Atuação, 2002, p.7.

Crianças: Grupo Vulnerável

As *famílias* são e devem continuar a ser o **contexto primordial**, responsável pela educação das crianças

OS ADL estão relacionados de modo particular com o comportamento da *família*, o estilo de vida desta, os fatores educacionais, económicos, sociais e culturais, além das fases específicas de desenvolvimento das crianças

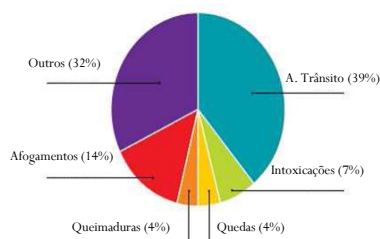
Dado este cenário torna-se pertinente **focar** o cuidado com o **ambiente domiciliar**, visto que, os acidentes atingem as crianças que estão em contato com os fatores de risco, como as exposições aos locais perigosos (a cozinha, as casas de banho, as escada, os jardins).

Souza e Barroso, 1999

ADL – Acidentes Domésticos e de Lazer

Definem-se por exclusão como sendo “ (...) todos os acidentes domésticos e de lazer, registados nas urgências do Sistema Nacional de Saúde, cuja causa não seja doença, acidente de viação, acidente de trabalho ou violência”.

ADELIA, 2010, p.10



Percentagem de mortalidade por lesões não intencionais na população infantil, na Europa (no total de 42.000 mortes), 2004

ADL na Europa

Segundo o European Report on Child Injury Prevention,²¹ realizado pela OMS, no ano 2004, morreram cerca de 42.000 crianças e jovens, entre os 0-19 anos, de acidentes «não intencionais» na Região Europeia. O perfil dos acidentes, no grupo etário de menos de 19 anos, era o seguinte:

- Os **afogamentos** foram responsáveis por 5.000 óbitos, sendo a segunda causa de morte;
- As **intoxicações** foram responsáveis por 3.000 óbitos, sendo a terceira causa de morte;
- As **queimaduras** foram responsáveis por 1.700 mortes e por grave alteração da imagem física de crianças e jovens;
- As **quedas** mataram mais de 1.500 crianças até aos 19 anos.

ADL em Portugal

- **ADELIA 2006-2008 – Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada.** Este sistema foi criado em 2000, e é coordenado pelo Departamento de Epidemiologia do Dr. Ricardo Jorge.

É um sistema de recolha e análise de dados sobre ADL que implicaram recurso às urgências de unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

ADL em Portugal



Os principais objetivos do sistema ADELIA são:

- A curto prazo: determinar frequências e tendências dos ADL em geral e das suas diversas formas, bem como, as características das vítimas, das situações e dos agentes envolvidos;
- A longo prazo: identificar situações de risco, bem como produtos perigosos, que propiciem a ocorrência de ADL, estabelecendo assim, uma base de apoio para a definição de políticas de prevenção baseadas na evidência.

ADELIA 2006-2008: Resultados

- Segundo o Relatório ADELIA, num universo de **23.079 acidentes**, verificou-se que **até aos 14 anos ocorreram 49% ADL**, dos 15 aos 64 anos, 37%; e depois dos 65 anos, 14%;
- O número de ADL registados no sistema ADELIA evidenciou um **decréscimo** nos três anos analisados: 23079 (2006), 15790 (2007) e 15697 (2008).;
- A distribuição dos ADL pela hora da ocorrência indica-nos dois picos de frequência: às **10 horas** e às **16 horas**, nos três anos analisados;
- Nos três anos analisados, a distribuição percentual dos ADL por sexo em cada um dos grupos etários, mostra que a percentagem de ADL nos **homens é mais elevada**;
- Independentemente do ano analisado, o local de ocorrência mais referido nos ADL é a **“Casa”**. Na distribuição da percentagem destes ADL, os valores mais elevados surgem nas idades extremas.

ADELIA 2006-2008: Resultados

- A maioria dos ADL que chegam ao Hospital seguem para o “Exterior não referenciado”, por outro lado, é de considerar as situações que chegam aos Centros de Saúde e necessitam de “Cuidados Hospitalares”. Em ambas as situações, apenas uma minoria tem como consequência o “Internamento”.

	Hospital	Centro de Saúde	Internamento
2006	82,0%	35,7%	5,7%
2007	82,6%	34,5%	4,4%
2008	79,4%		4,4%

ADELIA 2006-2008: Resultados

- O mecanismo de lesão mais referido nos três anos analisados, foi a **“queda”**, sendo também, o mais prevalente em todos os grupos etários; Para além das quedas, **nas crianças, destacam-se os afogamentos, queimaduras, intoxicações e asfixia;**
- Os **“membros”** são a parte do corpo que aparece mais frequentemente como lesada, na generalidade; no entanto, no grupo etário dos **0 aos 4 anos é a cabeça** a parte do corpo mais atingida;
- Os **grupos etários extremos, são os mais atingidos por ADL**, em que o tempo médio de internamento por ADL aumenta com a idade, sendo, em média, de 11 dias nas pessoas com mais de 75 anos.

ADL: Acidentes Domésticos e de Lazer

Os ADL têm um impacto fortemente negativo na saúde em termos de mortalidade e morbilidade, com custos psicológicos e emocionais das vítimas e familiares, para além de implicarem uma enorme alocação de recursos humanos e materiais.

Nosso papel...



- *Intervenção ao nível da prevenção primária, centrada no cidadão, a partir da análise da magnitude dos acidentes não intencionais, da identificação dos fatores de risco, de proteção e do desenvolvimento de ações de prevenção dos acidentes à comunidade.*

- *Pois poderá haver necessidade de modificar padrões de conduta culturalmente reforçados e hábitos do quotidiano doméstico.*

- *Assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais/educadores, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos sobre a prevenção de acidentes.*

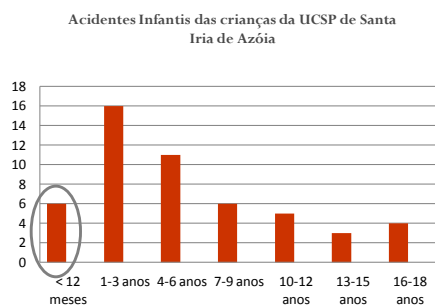
Objetivos do Projeto

- *Identificar os conhecimentos/comportamentos dos pais/educadores na área da prevenção dos acidentes domésticos e de lazer;*
- *Identificar os acidentes mais frequentes entre as crianças dos 0-12 meses.*

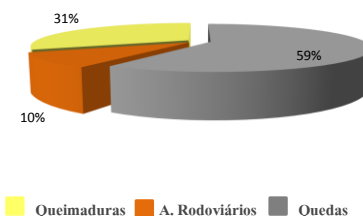


Levantamento

Crianças inscritas na UCSP entre os 0-18 anos, em 2011



Acidentes mais frequentes nas crianças da UCSP de Santa Iria de Azóia



Contextualização do Local de Intervenção

• 17,99% da população da UCSP é composta por crianças, assim atendendo à **população alvo** deste Projeto:

Crianças dos 0-12M	Inscritas na UCSP	Vigiadas na C.S. Infantil
Masculino	71	36
Feminino	76	49
Total	146	85

• Na UCSP a Consulta de Saúde Infantil é realizada de segunda a sexta-feira, sendo que semanalmente existe uma **média de atendimento de Enfermagem de 15 crianças entre os 0-12 meses**.

População Alvo

Pais/educadores das **crianças dos 0 aos 12 meses**, inscritas e que frequentam a Consultas de Saúde Infantil e Juvenil da UCSP, representando o **total de 85 crianças**.

Critérios de Exclusão

- Pais/educadores de crianças que possuam idade superior aos 12 meses na implementação do Projeto de Intervenção Comunitária;
- Pais/educadores que não saibam ler, escrever ou interpretar o instrumento de colheita de dados;
- Pais/educadores que demonstrem incapacidade ou recusa em fornecer o consentimento livre e esclarecido.

Amostra não-probabilística por conveniência

A seleção da amostra foi constituída pelos pais /educadores das crianças dos 0 aos 12 meses inscritas e que frequentem a Consulta de Saúde Infantil e Juvenil da UCSP, com um atendimento de Enfermagem no período de 7 de Maio a 25 de Maio do corrente ano. **A amostra foi assim, composta por 30 pais/educadores de crianças.**

Instrumento de Colheita de Dados

- A **recolha de dados** ocorreu apenas num momento, com a aplicação de um **questionário**;
- Assim, foi adotado um questionário, o qual tem como título **“Prevenção de acidentes e intoxicações”**. Este, fez parte de um estudo intitulado como “Acidentes Domésticos em Pediatria” publicado na Revista Saúde Infantil em Abril de 2002, da autoria de Svetlana Forte e Margarida Agostinho;
- Para a utilização devida do questionário foi **solicitada a autorização às autoras** do questionário original, via endereço eletrónico, tendo sido concedida pelas mesmas.

Resultados

- A média de idades das crianças é de 5,8 meses, sendo que a idade mais verificada é de 6 meses com 23,3% e de 1 mês com 20%;
- Observa-se uma consciencialização dos pais para esta problemática, dado que, 70% dos respondentes reconheceram os acidentes como sendo a principal causa de morte na criança e consideram que 90% dos acidentes são evitáveis;

A verdadeira dimensão não é completamente reconhecida por estes, pois medidas “simples” e preventivas de acidentes, não são aplicadas na prática diária corrente

Resultados

Sendo que,

- **63,3%** dos respondentes **não fez nenhuma modificação em casa**, quando o seu filho(a) nasceu;
- **53,3%** não guarda produtos e substâncias perigosas fora do alcance das crianças;
- **70%** não sabe da existência do número telefônico do CIAV, e **86,7%** não possuem esse número em local facilmente acessível;
- Dos **33,3%** respondentes que têm escadas em casa, **26,7%** não detêm sistema de segurança nas escadas;
- Dos **66,7%** dos respondentes que têm varanda em casa, **53,7%** não tem proteção nas mesmas;
- **70%** não têm sistema de proteção nas tomadas elétricas;
- Dos **40%** dos respondentes com lareira em casa, **26,7%** não possuem proteção;
- **70%** dos respondentes confirmam que a criança está na cozinha quando estes preparam a refeição;
- **66,7%** dos respondentes não possuem proteção no fogão.

Resultados

- Observa-se que **30%** dos inquiridos referiram que o seu(s) filho/educando sofreu algum tipo de acidente;
- Das 7 crianças que sofreram acidentes (correspondendo a 30%), observa-se que o **sexo mais predominante foi masculino com 23,3%**;
- A **média de idade** das crianças que sofreram acidentes foi de 42,33 meses, ou seja, 3 anos e meio, sendo que a idade mais verificada foi de **24 meses**, com uma percentagem de 6,7%;
- O tipo de acidente mais frequente é a **queda** com 13,3% (sem sofrimento de fratura) seguido da **queimadura** com 10%. Sendo que, nenhum dos acidentes levou a internamento;

Resultados

- Os dias da semana mais verificados na ocorrência dos acidentes foram o **sábado** (10%);
- As **19 horas**, foi o período mais frequente na ocorrência dos acidentes com 10% das respostas, seguido das 20 e 21 horas, com a mesma percentagem de 6,7%;
- Os locais de acidente mais frequentes foram a **cozinha e a casa de banho** com 13,3% e 6,7% das respostas, respetivamente;

Problemas Identificados

Não reconhecimento da importância das medidas de prevenção de acidentes domésticos;

Acidentes domésticos mais frequentes: as quedas e as queimaduras.



Atividades Desenvolvidas



Dra. Sandra Nascimento
APSI

Aumentar os conhecimentos dos pais/educadores das crianças dos 0-12 meses sobre estratégias que promovam a prevenção dos ADL.



Enª Carla Leite
UCSP Santa Iria de Azóia

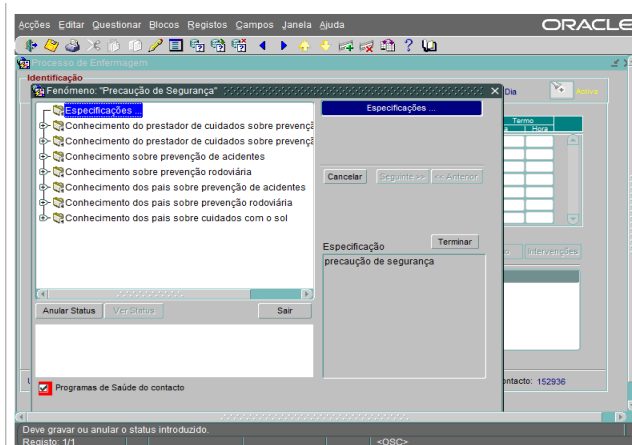
Aumentar capacidade dos pais/educadores das crianças dos 0-12 meses para a aquisição de competências que minimizem as consequências dos ADL.

Em suma...

Capacitar os pais/educadores das crianças entre os 0-12 meses para a prevenção de acidentes domésticos



Em suma...



Intervenção em Saúde Infantil e Juvenil Ficha de Registo dos Ensinos em **Segurança e Acidentes** dos 0 aos 18 anos^{iv}

Consultas	Acidentes de trânsito ⁱ	Visão	Quedas	Visão	Asfixia	Visão	Queimaduras	Visão	Afoga-mentos	Visão	Intoxicações	Visão	Atrapelamentos	Visão	Obras/vis-ões	Assinaturas
RN/1.º Mês «Alta Segura»	SRC/Cadeira Auto Grupo 0- VT ⁱⁱ		Cama Trocador Banco		Alcofa/cama (roupa, colchão) Nunca deixar só		Banho Saco de água quente Biberão Sol									
2.º Mês	SRC/Grupo 0- VT		Idem		Alcofa/cama Fios, fitas, orelheiras da chupeta		Idem									
4.º Mês	SRC/Grupo 0- VT		Idem		Briqueiros >32mm		Idem		Banho							
6.º Mês «Preparar a casa»	SRC/Grupo 0- VT		Escadas Portas Janelas Varandas Andarilhos Cadeira refeição		Cuidado com pequenos objectos. <32mm		Aparelhos eléctricos Lareiras Aquecedores		Banho							
9.º Mês	SRC/Grupo 0- VT		Tapetes Arestas de móveis		Cuidado com pequenos objectos (lego, biscoitos de ovos, alimentos)		Fogão Forno Toalha da mesa		Banho		Medicamentos produtos de limpeza, cosméticos, pesticidas					
12/24 Meses	SRC/Grupo 0- I ou I VT		Parques infantis		Idem		Isqueiros Fósforos		Piscinas (públicas e privadas)		Idem					
3 - 4 Anos	SRC/Grupo 0- I ou I VF		Parques infantis		Idem		Idem		Piscinas (públicas e privadas)		Idem		A pe, as crianças caminham sempre do lado de dentro do passeio			
5-6/11-13 Anos	SRC/Grupo II/III VF		Bicicletas Patins Skate				Fogão Bombas de carnaval		Piscinas Praia fluvial Rios Mar		Idem		Caminho para a escola Atravessamento nas passadeiras À noite, roupas claras e reflectores			
A partir dos 15 anos	Cinto de Segurança SEMPRE		Motociclos Desportos radicais						Idem		Álcool Outras		Idem			

ⁱ De acordo com a Orientação da Direcção-Geral da Saúde n.º 001/2010 de 16/09/2010. Transporte de Crianças em Automóvel desde a Alta da Maternidade

ⁱⁱ SRC: Sistema de retenção de Crianças

ⁱⁱⁱ VT: Virado para trás; VF: Virado para a Frente

^{iv} Baseada na Ficha de Registos dos Ensinos da Coordenação Distrital de Saúde Infantil e Juvenil/2003 da Sub-região de Saúde de Viseu

Obrigado pela vossa atenção



Bibliografia

- ADELIA (2010) – *Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada; Relatório 2006-2008*. Lisboa: INSA. ISBN:972-8643-18-7.
- **CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA**. Lisboa, Edição do IDS, Junho, 2000.
- OMS (2008) – *World report on child injury prevention*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication. ISBN 978-92-4-156357-4.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2002) - *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação*. 2ª ed. Lisboa: DGS. ISBN 972-675-084.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. (2010) *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016*, Lisboa: DGS.
- SOUZA, Luiza; BARROSO, Maria (1999) – Revisão bibliográfica sobre acidentes com crianças. *Revista da Escola de Enfermagem USP* [online]. Vol.33, nº2 (Junho, 1999) p.107-112. ISSN 0080-6234. Acedido a 29/02/2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v33n2/v33n2a01.pdf>.



Apêndice XVIII - Divulgação da sessão formal de sensibilização aos profissionais
de saúde do ACES





Eu, Enf.^a Carla Leite, da UCSP S.I.A., no âmbito do Curso de Especialização em Enfermagem Comunitária, convido os (as) Senhores (as) Enfermeiros (as) do ACES a assistir a uma Ação de Formação sobre a Prevenção de Acidentes Domésticos e de Lazer, que decorrerá no dia 11 de Dezembro de 2012 às 12:30h, na sala de reuniões da UCSP S.

Agradeço desde já a vossa comparência.

3 de Dezembro de 2012



Apêndice XIX - Fotografia do portfólio





Apêndice XX - Questionário de Avaliação da sessão “Primeiros Socorros”

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO
“PRIMEIROS SOCORROS”

1. Os primeiros socorros são a primeira ajuda ou assistência dada à criança vítima de acidente até a mesma chegar a um profissional ou até à chegada de uma ambulância?	S/N
2. Sabe que o 112 é o número europeu de socorro?	S/N
3. Na criança vítima de uma queda, no local de traumatismo não se deve aplicar gelo?	S/N
4. As feridas superficiais podem ser lavadas/desinfetadas com água corrente e sabão?	S/N
5. Em caso de hemorragia não se deve deixar o local que está a sangrar mais baixo que o resto do corpo?	S/N
6. Ao socorrer uma criança vítima de queimaduras na pele, o primeiro procedimento é lavar a área queimada com água corrente?	S/N
7. Para atenuar a vermelhidão da pele, admite-se a aplicação de manteiga somente nas queimaduras de primeiro grau?	S/N
8. Embora sejam mais extensas que as de primeiro e segundo grau, as queimaduras de terceiro grau não formam bolhas?	S/N
9. Caso não se consiga desligar o quadro elétrico, as crianças vítimas de choque elétrico devem ser afastadas da corrente elétrica com auxílio de material não condutor de eletricidade?	S/N
10. Nos primeiros socorros à criança, vítima de afogamento, o primeiro procedimento a realizar-se à mesma é deitá-la sobre o lado esquerdo do corpo, de modo a esta expelir a água?	S/N
11. Em caso de intoxicação por ingestão, deve-se provocar o vômito à criança, de modo a aliviá-la?	S/N
12. Após a exposição de produtos tóxicos em contato com os olhos da criança, os primeiros socorros passam por lavar os olhos com água corrente, sem aplicar mais nenhum produto e ligar para o CIAV?	S/N
13. Confirmada obstrução das vias aéreas por aspiração de corpo estranho, o procedimento para desobstrução de uma criança consciente até aos 12 meses de idade é colocar a criança em decúbito ventral com a cabeça mais baixa que o resto do corpo, suportando a cabeça com uma mão e apoiando o tórax sobre o antebraço e/ou coxa e aplicar 5 pancadas interescapulares?	S/N
14. É muito importante ter sempre em casa, uma caixa de primeiros socorros, dado que facilita a prestação de cuidados no primeiro atendimento à vítima?	S/N

Obrigado, pela sua colaboração!



Apêndice XXI - Tratamento de dados relativo aos indicadores das atividades realizadas



Avaliação da Atividade 1

Indicadores de resultado

- ✓ N° de pais/educadores que aumentaram os seus conhecimentos relativos às medidas preventivas de ADL/ N° total de pais/educadores de crianças dos 0-12 meses, inscritos e que frequentam a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil da UCSP, constituintes da amostra × 100;

	Participantes presentes na sessão	Participantes que responderam corretamente
Nº absoluto	27	22
Em %	100	80,98



$$\frac{22}{30} \times 100 = 73\%$$

Indicadores de atividade

- ✓ N° sessões realizadas na UCSP/ N° de sessões programadas na UCSP × 100



$$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$$

- ✓ N° de pais/educadores presentes na sessão de educação para a saúde / N° total de pais/educadores de crianças dos 0-12 meses, inscritos e que frequentam a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil na UCSP, constituintes da amostra × 100



$$\frac{27}{30} \times 100 = 90\%$$

- ✓ N° de folhetos distribuídos nas sessões de educação para a saúde/ N° total de pais/educadores que participaram nas sessões de educação para a saúde × 100



$$\frac{27}{27} \times 100 = 100\%$$

- ✓ N° de pais/educadores que avaliaram de forma satisfatória as sessões de educação para a saúde / N° total de pais/educadores que participaram nas sessões de educação para a saúde × 100

Avaliação dos participantes	Não Satisfaz	Satisfaz	Satisfaz Muito
N° absoluto	0	5	22
Em %	0	19,12	80,88



$$\frac{22}{27} \times 100 = 81\%$$

Avaliação da Atividade 2

Indicadores de resultado

- ✓ Nº de pais/educadores que ampliaram os seus conhecimentos sobre como atuar perante uma situação de ADL/Nº total de pais/educadores de crianças dos 0-12 meses, inscritos e que frequentam a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil na UCSP, constituintes da amostra $\times 100$

	Participantes presentes na sessão	Participantes que responderam corretamente
Nº absoluto	24	23
Em %	100	94,64



$$\frac{23}{24} \times 100 = 94,64\%$$

Indicadores de atividade

- ✓ Nº sessões realizadas na UCSP/ Nº de sessões programadas na UCSP $\times 100$



$$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$$

- ✓ N° de pais/educadores presentes na sessão de educação para a saúde / N° de pais/educadores convocados × 100



$$\frac{24}{30} \times 100 = 80\%$$

- ✓ N° de folhetos distribuídos nas sessões de educação para a saúde / N° total de pais/educadores que participaram nas sessões de educação para a saúde × 100



$$\frac{24}{24} \times 100 = 100\%$$

- ✓ N° de pais/educadores que avaliaram de forma satisfatória as sessões de educação para a saúde / N° total de pais/educadores que participaram nas sessões de educação para a saúde × 100

Avaliação dos participantes	Não Satisfaz	Satisfaz	Satisfaz Muito
N° absoluto	0	1	23
Em %	0	2,73	97,27



$$\frac{23}{24} \times 100 = 96\%$$

