



Curso de Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização
de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**Promover Ambiente Seguro em
Contexto Pediátrico:
Programa de Intervenção de
Enfermagem
na Prevenção de Quedas na Criança e
no Jovem em Ambiente Hospitalar**

Letícia Libânia Dos Santos

2012



Curso de Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização
de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**Promover Ambiente Seguro em
Contexto Pediátrico:
Programa de Intervenção de
Enfermagem
na Prevenção de Quedas na Criança e
no Jovem em Ambiente Hospitalar**

Relatório de Estágio

Letícia Libânia Dos Santos

Orientadora: Professora Doutora Maria Manuela Soveral

Co-orientadora: EESIP Susana Maria Sardinha Ramos

2012



AGRADECIMENTOS

À Professora Maria Manuela Soveral, pela sua orientação, disponibilidade e colaboração incondicional;

À Enfermeira Susana Ramos, por todo o apoio e orientação;

Às Enfermeiras Orientadoras dos diferentes locais de Estágio, por todo o apoio e colaboração;

A todas as crianças, jovens e suas famílias, pois sem eles este trabalho não faria sentido;

À Equipa de Enfermagem do Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras, pela cooperação neste trabalho, pois sem eles não teria sido possível;

Ao Enfermeiro Chefe Ilídio Matos pelo seu incentivo e disponibilidade;

A todos os meus amigos, principalmente à Carla, Catarina Matias, Teresa e Tiago por todo o companheirismo e amizade durante a realização deste trabalho, a minha eterna amizade;

Aos meus pais e avós por toda a paciência que tiveram comigo durante a realização deste trabalho;

Ao meu marido pelo apoio e carinho;

A todos agradeço e dedico o meu trabalho.

RESUMO

A promoção de um ambiente seguro na criança e no jovem hospitalizado é uma das constantes preocupações do enfermeiro, sendo a prevenção de quedas em ambiente hospitalar um aspecto importante da mesma. Torna-se imprescindível a consciencialização para o problema e a tomada de medidas de segurança com a criação de um programa de intervenção de enfermagem na prevenção de quedas da criança e do jovem em ambiente Hospitalar.

O enfermeiro, particularmente o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, deve estar desperto para a criação de um ambiente seguro no Hospital, no qual a criança e o jovem possam explorar e desenvolver as suas habilidades, sem que isto os coloque em situação de risco de queda. A sua avaliação, através de uma escala de avaliação, permite identificar os doentes que estejam em maior risco de cair e intervir, de forma a reduzir a sua ocorrência em ambiente Hospitalar. Tal ferramenta é a base do sucesso de um programa de intervenção com vista à prevenção desse problema, que é reconhecido como um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Partindo deste pressuposto, pretendi durante o meu percurso de estágio desenvolver um Programa de Intervenção de Enfermagem na prevenção de quedas de crianças e jovens em ambiente Hospitalar, que pretendo implementar no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras. Este teve por base a sensibilização, formação e motivação dos pares para a temática, para a importância da sua colaboração no processo de validação da escala neste contexto, para a implementação de medidas de actuação de prevenção das quedas, assim como para a importância da notificação destes incidentes em meio Hospitalar, de forma a haver uma reestruturação contínua das medidas de prevenção.

Este relatório de estágio, que pretende descrever e analisar as actividades implementadas em cada um dos locais de estágio e as competências técnicas, científicas, relacionais e comunicacionais desenvolvidas, contribuiu, igualmente, para a reflexão e a tomada de consciência sobre as componentes do processo vivido.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica, Ambiente, Segurança, Prevenção de Quedas, Escala de Avaliação de Risco de Quedas, Criança e Jovem, Hospital.

ABSTRACT

The promotion of a safe environment for the hospitalized child and young is one of nurse's constant concerns. The prevention of falls in hospital environment is one of its aspects. The awareness to this problematic becomes indispensable as well as taking safety measures with the creation of a nursing intervention program in preventing child and young falls in hospital environment.

The nurse, particularly the Specialist Nurse in Pediatric and Child Health, must be wakeful to the creation of a safe environment in hospital, in which the child and young can explore and develop their abilities without putting themselves into the risk of falling. The risk evaluation, through the use of a risk evaluation scale, allows to identify the patients under higher falling risk levels, so its occurrence can be reduced. Such a tool is the success base of a nursing intervention program intended to prevent this issue, as it is seen as a quality indicator of nursing cares.

Starting from this, I intended during my internship to develop a Nursing Intervention Program in child and young falls prevention in hospital environment that I intend to implement in the Pediatric Aisle of the Torres Vedra's Hospital Centre. This intervention program was based on the alerting, motivation and formation of pairs to this thematic as on the importance of their collaboration in the validation process of the falls risk evaluation scale and to the implementation of acting measures in falls prevention. Besides that, it also focused on the importance of reporting the falls in hospital environment, so that the prevention measures can be continuously restructured.

This report intends to describe and analyze the implemented activities in each internship location as well as the developed technical, scientific, relational and communication skills. It also contributed to the thinking and acknowledgement of the experienced process components.

Key-words: Pediatric Nursing, Environment, Safety, Falls Prevention, Falls Risk Assessment Scale, Child and Young, Hospital.

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	9
2. O AMBIENTE SEGURO	11
2.1. A Segurança da Criança e do Jovem no Hospital	13
2.2. A Prevenção de Quedas na Criança e no Jovem em Ambiente Hospitalar	15
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NOS DIFERENTES LOCAIS DE ESTÁGIO	20
3.1. Hospital Dona Estefânia	21
3.1.1. Unidade de Adolescentes do HDE	21
3.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HDE	25
3.1.3. Serviço de Ortopedia do HDE	30
3.2. Unidade de Saúde Familiar Gama do Centro de Saúde de Torres Vedras	35
3.3. Centro Hospitalar de Torres Vedras	42
3.3.1. Urgência Pediátrica do CHTV	43
3.3.2. Serviço de Internamento de Pediatria do CHTV	47
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
APÊNDICES	64
APÊNDICE I – Panfleto: “Recomendações para a Prevenção de Quedas de Crianças e Jovens internados na Unidade de Adolescentes”	
APÊNDICE II – Reflexão no Estágio da UCIN	
APÊNDICE III – Panfleto: “Recomendações para a Prevenção de Quedas de Crianças e Jovens internados no Hospital”	
APÊNDICE IV – Planeamento da Sessão de Formação em Serviço	
APÊNDICE V – Sessão de Formação em Serviço: “Aplicação da Escala <i>Humpty Dumpty</i> ”	
APÊNDICE VI – Análise dos dados da Sessão de Formação em Serviço	
APÊNDICE VII – Norma de Aplicação da Escala <i>Humpty Dumpty</i>	
APÊNDICE VIII – Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde	
APÊNDICE IX – A Sessão de Educação para a Saúde: “Prevenção de Acidentes no Primeiro Ano de Vida”	

APÊNDICE X – Questionários de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

APÊNDICE XI – Análise dos dados da Sessão de Educação para a Saúde

APÊNDICE XII – Panfleto: “Recomendações para a Prevenção de Acidentes no Recém-nascido”

APÊNDICE XIII – Sessão de Formação em Serviço: “Tradução e Validação da Escala *Humpty Dumpty*”

APÊNDICE XIV – Análise dos dados da Sessão da Formação em Serviço

APÊNDICE XV – Folha de Registo de Incidente de Queda do Doente

APÊNDICE XVI – Norma de Enfermagem no Processo de Registo de Incidente de Queda do doente

APÊNDICE XVII – A Norma de Aplicação da Escala *Humpty Dumpty*

APÊNDICE XVIII – Sessão de Formação em Serviço: “Tradução e Validação da Escala *Humpty Dumpty* – Doentes Hospitalizados”

APÊNDICE XIX – Análise dos dados da Sessão da Formação em Serviço

APÊNDICE XX – Poster: “Criança Segura no Serviço de Pediatria do CHTV”

APÊNDICE XXI – Panfleto: “Recomendações para a Prevenção de Quedas de Crianças e Jovens internados no Serviço de Pediatria”

APÊNDICE XXII – *Checklist* da Segurança do Equipamento

APÊNDICE XXIII – Norma da Verificação da Segurança do Equipamento

APÊNDICE XXIV – Guia Orientador de Boas Práticas

ANEXOS

65

ANEXO I – Questionário

ANEXO II – Autorização do Conselho de Administração do CHTV para poder consultar e utilizar os dados referentes a Crianças e Jovens que sofreram uma Queda e que recorreram ao Serviço de Urgência

ANEXO III – Questionário do Centro de Formação do CHTV

ANEXO IV – Licença para utilização da Escala

ANEXO V – A Escala *Humpty Dumpty*

ANEXO VI – Autorização do Conselho de Administração do CHTV para a implementação do Estudo

ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

art.º - artigo

CHTV – Centro Hospitalar de Torres Vedras

CIPE – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ed. – edição

EPE – Entidade Pública Empresarial

EUA – Estados Unidos da América

EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria

HDE – Hospital Dona Estefânia

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

n.º - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. - página

% - percentagem

OMS – Organização Mundial de Saúde

PALOP – Países de Língua Oficial Portuguesa

SDR – Síndrome de dificuldade Respiratória

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório, surge no âmbito da Unidade Curricular – Estágio de Enfermagem da Criança e do Jovem, integrada no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e tem como objectivos: apresentar o percurso cumprido na Unidade Curricular Estágio de Enfermagem da Criança e do Jovem, com vista ao desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem especializada à criança, ao jovem e sua família; descrever, analisar e reflectir sobre as actividades desenvolvidas nos diferentes locais de estágio, e o modo como estas contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. O Enfermeiro Especialista é reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (2009, p.10) como um profissional com um “conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Este relatório teve início com a realização de um projecto de estágio que serviu de fio condutor ao planeamento deste percurso, pois tal como nos refere Barbier (1993, p.52) “o projecto não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma «ideia», é o futuro «a fazer», um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em acto”.

A escolha do tema “Promover um Ambiente Seguro em contexto Pediátrico para a Prevenção de Quedas na Criança e no Jovem em Ambiente Hospitalar” para trabalho de projecto, deveu-se ao facto de as quedas serem um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem, um factor de preocupação das instituições de saúde e a prevenção das mesmas serem consideradas um foco sensível aos cuidados de enfermagem (Saraiva *et al*, 2008). Gostaria de salientar que constituiu uma temática transversal aos diferentes campos de estágio, pelo que considerei pertinente e adequado aplicá-la na prática, sustentando-me na filosofia dos cuidados centrados na família e no Modelo de Adaptação de Roy, isto porque face a uma situação de hospitalização, a criança ou jovem e família sofrem um processo complexo de adaptação ao ambiente Hospitalar, o qual deverá ser

promovido pelo enfermeiro, prevenindo possíveis quedas, uma vez que, em termos gerais, o objectivo da enfermagem é promover a saúde dos indivíduos e da sociedade. O Modelo Conceptual de Callista Roy assenta na Escola dos Cuidados Desejados e encontra-se inserido no paradigma da integração porque é neles que o enfermeiro se baseia para ajudar a pessoa a atingir o seu estado de adaptação (Kérouac *et al*, 2002). O Modelo de Adaptação de Roy foi utilizado em Pediatria e é muito útil em casos de internamento. Foi no trabalho desenvolvido como Enfermeira Pediátrica que vii na adaptação a estrutura conceptual apropriada para a enfermagem e para o seu Modelo. Roy baseou-se na Teoria dos Sistemas de Bertalanffy (1968), que contribui para a visão da pessoa como sistema adaptável e interactivo, e na Teoria do Modelo de Adaptação de Helson (1964), que contribuiu para a visão da pessoa como sistema capaz de se adaptar às mudanças do meio ambiente e dar respostas (Tomey & Alligood, 2004).

A metodologia utilizada na construção deste texto consistiu, essencialmente, na prática reflexiva através da elaboração de reflexões escritas no final de cada local de estágio, que por sua vez teve como metodologia o Ciclo Reflexivo de Gibbs, facilitador da análise crítica e reflexiva da prática de enfermagem em cada uma das situações. Tal como é considerado por Zeichner (1993) a prática reflexiva é uma potencial situação de aprendizagem, pois permite que através desta, o sujeito se torne sabedor daquilo que faz e de como o faz. Também recorri à pesquisa bibliográfica, através de artigos de evidência científica, a reuniões com a Professora Orientadora e a enfermeira Co-orientadora e à recolha de informações junto dos enfermeiros peritos na área.

Relativamente à estrutura, encontra-se dividido em quatro capítulos principais. O primeiro capítulo diz respeito à justificação e pertinência da temática escolhida, incluindo uma síntese do enquadramento teórico, bem como o quadro de referência que sustentou a análise e reflexão da minha temática. No segundo capítulo apresenta-se a descrição e análise das actividades e as competências desenvolvidas nos diferentes locais de estágio. No terceiro capítulo seguem-se as considerações finais, fazendo-se uma síntese do desenvolvimento de competências que proporcionou todo este percurso, bem como as sugestões para a melhoria da qualidade dos cuidados com a implementação de boas práticas e projectos futuros. Por fim, as referências bibliográficas utilizadas na realização deste relatório, utilizando as normas APA.

2. O AMBIENTE SEGURO

A enfermagem, como profissão do cuidar, tem vindo a desenvolver múltiplas teorias e consequentes modelos, com a finalidade de construir um conhecimento mais sólido, crítico, reflexivo e científico, com efeito ao nível da qualidade dos cuidados prestados e afirmação da enfermagem enquanto profissão detentora de um domínio próprio de conhecimentos.

O ambiente na prática de enfermagem tem sido contemplado ao longo da evolução da teorização da disciplina, sendo considerado um dos conceitos básicos dos metaparadigmas, por ser comum à maioria dos modelos, filosofias e teorias. A título de exemplo, foi no século XIX, que Florence Nightingale se preocupou com o ambiente hospitalar, e foi a partir daí que surgiu a necessidade de se oferecer um ambiente seguro e acolhedor aos doentes.

Florence Nightingale é considerada, por muitos, a pioneira da enfermagem moderna. A teoria ambientalista de Florence Nightingale é focada no cuidado de enfermagem ao ser Humano na sua inter-relação fundamental com o meio ambiente. O controlo do ambiente surge como o conceito principal na sua teoria considerando as condições e influências externas que afectam a vida e o desenvolvimento do organismo, capazes de anteceder, eliminar ou contribuir para a saúde, doença e morte. Nightingale persistiu no controlo do ambiente físico dos indivíduos e famílias, sendo estes saudáveis ou doentes, através da observação. Agia de acordo com as suas conclusões lógicas e dava maior ênfase ao ambiente físico do que ao ambiente psicológico e social, embora estes fossem englobados no primeiro.

Nightingale (2005, p. 3) define ambiente como “a utilização correcta de ar puro, iluminação, aquecimento, limpeza, silêncio e selecção adequada tanto da dieta, como da forma de a administrar – tudo com o mínimo de dispêndio da energia vital do doente”.

No Modelo de Enfermagem de Roper, Longan & Tierney, o ambiente é conceptualizado numa dimensão alargada e engloba tudo o que é fisicamente externo à pessoa. Isto inclui outras pessoas no ambiente, destacando a interacção de factores psicológicos e sócio-culturais como factores ambientais (Tomey & Alligood, 2004). O ambiente é tão

importante que a «manutenção de um ambiente seguro» é considerada uma das 12 actividades de vida das pessoas a que os enfermeiros devem estar atentos.

Watson (2002) refere que o ambiente interno e externo têm influência sobre a saúde da pessoa. O ambiente interno inclui o bem-estar mental e espiritual e as crenças socioculturais do indivíduo; o externo inclui, além das variáveis epidemiológicas, outras variáveis como a privacidade, a segurança e um ambiente limpo e estético.

Segundo Roy, citada por Tomey & Alligood (2004, p.308), o ambiente é composto por “todas as condições, circunstâncias e influências que rodeiam e afectam o desenvolvimento e comportamento de pessoas ou grupos”. Na mesma linha de pensamento os mesmos autores (*Ibid*) referem que “é o ambiente em mudança que estimula a pessoa a dar respostas de adaptação”.

O processo de doença e hospitalização representam situações de stresse para a criança e família, uma vez que estas se deparam com uma alteração da sua dinâmica habitual em função de novas exigências (Jorge, 2004). Watson (2002, p.108) afirma que “a situação de doença e hospitalização exacerba nos familiares a necessidade de protecção e carinho para com aqueles a quem estão ligados por laços familiares”.

Face a uma situação de hospitalização, a criança ou o jovem e família sofrem um processo complexo de adaptação ao ambiente Hospitalar, o qual deverá ser promovido pelo enfermeiro. Roy (1981, p.34) define o objectivo de enfermagem como “a promoção da adaptação, contribuindo, através disso, para a saúde da pessoa, qualidade de vida e morte com dignidade. Dever-se-á reconhecer que o completo bem-estar físico, mental e social, a compreensão comum da optimização da saúde não é possível para todas as pessoas. Cabe à enfermeira promover a adaptação em situações de saúde ou doença; para aumentar a interacção da pessoa com o seu ambiente, e através disso promover a saúde”.

Um ambiente seguro e afectuoso implica elementos e mensagens humano-afectivas nas interacções e também os aspectos físicos do contexto, que possam ser percebidos como seguros e familiares pelos doentes – um ambiente onde as pessoas se sentem bem (Diogo, 2010).

O ambiente seguro é uma componente essencial dos cuidados com qualquer doente, porém as crianças apresentam características específicas que exigem uma preocupação ainda maior em relação à sua segurança. A CIPE (Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem) Versão 2.0 (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2010, p. 74) define segurança como “estar seguro, livre de perigo, risco ou lesão”. Por exemplo, quando as crianças pequenas, que não possuem a capacidade para pensamentos abstractos e de raciocínio, são separadas do seu ambiente usual, todos os que entram em contacto com elas têm a responsabilidade de manter as medidas protectoras durante a sua permanência no Hospital (Hockenberry, 2006). Cabe à enfermeira avaliar o estadio de desenvolvimento em que a criança se encontra, de forma a planear a sua segurança de acordo com a sua faixa etária (*Ibid*).

Morse (2009, p. 25) refere que “garantir um ambiente seguro ideal irá minimizar o número de quedas acidentais numa instituição”. Infelizmente, as unidades hospitalares não estão projectadas para os doentes, mas sim para a equipa de saúde e para a facilidade de equipamentos móveis, como camas e cadeiras de rodas. Isto não é argumentar que é impossível melhorar a segurança do ambiente para o doente, mas sim fundamental a implementação de medidas de segurança que permitam a criação de um ambiente seguro (Morse, 2009).

2.1. A Segurança da Criança e do Jovem no Hospital

A Classificação Internacional sobre a Segurança do doente da OMS define a segurança como “a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção colectiva em face do conhecimento actual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento” (DGS, 2011, p.14).

A segurança do doente em ambiente hospitalar é uma prioridade para todas as instituições de saúde, para promover uma cultura de segurança e para elevar o nível de comprometimento das práticas de segurança. As instituições de saúde devem ter uma cultura que apoie a segurança, desenvolva o trabalho em equipa, utilize práticas seguras

e envolva os doentes e suas famílias na segurança (Griffith & White, 2007, citados por *Continuing Nursing Education Series*, 2009).

A DGS (2011, p.5) refere que “é necessário continuar a difundir e rapidamente sedimentar uma cultura de melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados oferecidos pelas unidades do SNS e pelas que por ele são contratualizadas”. As quedas são um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem. Foi criado o Departamento da Qualidade em Saúde, no âmbito da DGS, assumindo o papel central de coordenação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e tendo como uma das suas principais incumbências o dever de criar um programa nacional de acreditação em saúde, baseado num modelo sustentável e adaptável às características do sistema de saúde português, com o objectivo de garantir o reconhecimento da qualidade dos serviços prestadores de cuidados de saúde (*Ibid*). O Departamento da Qualidade em Saúde encontra-se estruturado em quatro divisões: Divisão de Qualidade Clínica e Organizacional, Divisão da Segurança do doente, Divisão de Mobilidade de doentes e Divisão de Gestão Integrada da Doença e Inovação. As quedas em ambiente Hospitalar fazem parte da Divisão de Segurança do doente.

A OE (2006, p. 6) refere estar em pleno acordo com o *International Council of Nurses*, “a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem”. O desenvolvimento da segurança envolve um conjunto de medidas, com largo espectro de acção, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão de risco (o que inclui o controle de infecção, uma prática clínica segura, segurança dos equipamentos, a manutenção de um ambiente de cuidados seguro) e isto juntando um corpo de conhecimento científico focado na segurança da pessoa e nas infra-estruturas necessárias para o garantir. Os cuidados prestados às pessoas requerem segurança – e isto inclui a informação sobre os riscos e a redução do risco (*Ibid*).

A segurança nos Hospitais é um foco contínuo de preocupação para os profissionais de saúde, especialmente para com o doente pediátrico, porque este é submetido a vários exames, medicamentos e a um ambiente novo e desconhecido para a criança (*American Nurses Credentialing Center*, 2005; *Institute for Healthcare Improvement*, 2008; *Joint*

Commission, 2008; National Center for Patient Safety, 2008, citados por Hill-Rodriguez et al, 2009).

O hospital é um ambiente novo, desconhecido e com equipamentos que colocam as crianças em maior risco de uma queda inesperada. Pais e profissionais de saúde devem estar atentos a este ambiente, uma vez que pode prejudicar a marcha ou provocar episódios de desorientação associados à doença da criança, estando esta em maior risco de cair. As crianças que são hospitalizadas devem ser cuidadosamente monitorizadas e assistidas na realização das suas actividades, como por exemplo, ir às instalações sanitárias, entrar e sair da cama, porque estas actividades foram consideradas factores de risco para as quedas (Razmus *et al*, 2006).

A promoção da segurança da pessoa hospitalizada, em geral, e a prevenção de quedas, em particular, constitui uma preocupação crescente entre os prestadores de cuidados de enfermagem, pelo que se torna fundamental reflectir acerca desta temática (Saraiva *et al*, 2008). As quedas são um risco real, acontecem em meio hospitalar e, como já referi, constituem um indicador de qualidade assistencial (*Ibid*).

2.2. A Prevenção de Quedas na Criança e no Jovem em Ambiente Hospitalar

Na literatura científica a queda surge como evento multifactorial de causas individuais ou ambientais. A queda é um acontecimento cujo resultado é ficar inadvertidamente tombado no chão ou num outro nível mais baixo (WHO, 2004). A CIPE Versão 2 (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2010, p. 70) define queda como “um evento ou episódio”.

O conceito “cair” vem descrito na CIPE (Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem) Versão 2.0 (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2010, p. 42) como: “descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical.”

A adopção de uma definição é um requisito importante no estudo das quedas, uma vez que muitos destes deixam de especificar uma definição operacional, deixando espaço

para a interpretação dos participantes. Isso resulta em muitas interpretações diferentes do conceito de queda. Os idosos, por exemplo, tendem a definir a queda como uma perda de equilíbrio, enquanto os profissionais de saúde, em geral, se referem a eventos que levem a ferimentos e danos à saúde. Assim sendo, a definição operacional de queda, com critérios explícitos de inclusão e exclusão, é altamente relevante (WHO, 2007).

A OMS (2010) alerta para o facto de as quedas serem a segunda causa de morte por lesão acidental ou não intencional em todo o mundo, logo após os acidentes rodoviários. Globalmente, as quedas são um problema de saúde pública, sendo que ocorrem cerca de 424 mil quedas fatais anualmente. Em 2004 morreram no mundo, em consequência de uma queda, 424.000 indivíduos de todas as idades, dos quais, mais de 46.000 eram crianças (WHO, 2004). Na Europa, todos os anos morrem 1500 crianças e jovens entre os 0 e os 19 anos na sequência de uma queda (APSI, 2011). Em Portugal, a APSI (2011) divulgou um estudo sobre quedas acidentais, que englobou a análise de dados recolhidos entre 2000 e 2009 por vários organismos (Instituto Nacional de Estatística, Alto Comissariado para a Saúde e Observatório Nacional de Saúde). De acordo com a análise realizada por esta organização, para além das 104 crianças que morreram, aproximadamente 40.000 foram internadas na sequência de uma queda.

As quedas fazem parte do processo de desenvolvimento normal de uma criança – aprender a andar, subir, correr, saltar e explorar o ambiente físico. Neste contexto, os enfermeiros devem avaliar o estadió de desenvolvimento da criança, intervindo de forma adequada ao seu estadió de desenvolvimento, de forma a promover o crescimento e desenvolvimento harmonioso da mesma. Felizmente, a maior parte das quedas têm pequenas consequências e muitas crianças caem muitas vezes ao longo da vida, não tendo mais do que umas escoriações ou hematomas. Mas algumas quedas vão para além da resiliência do corpo de uma criança. As quedas não fatais também têm um peso significativo nos cuidados de saúde em todo o mundo. A frequência das quedas não fatais, os custos de saúde e o elevado risco de morte (particularmente resultantes de lesões na cabeça) exigem que a prevenção das lesões relacionadas com as quedas adquira um maior destaque e um reforço na promoção da segurança das crianças, em todo o mundo (WHO, 2004).

As crianças com idade inferior a 10 anos têm maior risco de morte devido a quedas e lesões que resultam da curiosidade e do desenvolvimento das competências motoras, bem como dos pais distraídos (Britton, 2005; Murray et al, 2000; Safe Kids Worldwide, 2008; Tarantino, Dowd & Murdock, 1999; Vilke *et al.*, 2004, citados por Hill-Rodriguez *et al*, 2009). Daí os enfermeiros terem um papel fundamental na promoção da saúde, através da acção informativa, educativa e preventiva junto da criança e dos pais, de forma a capacitá-los para a prevenção das quedas. Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) no Capítulo IV – Exercício e intervenção dos enfermeiros (art.º 8º, n.º 2): “o exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril).

Rasmus *et al* (2006) realizaram um estudo com o objectivo de identificar os factores de risco relacionados com as quedas nas crianças hospitalizadas. Chegaram à conclusão que, nas crianças com menos de 36 meses, a existência de episódios de desorientação, a mobilidade alterada e a história de quedas anteriores são preditivas das mesmas. O estudo revelou que em 82,8% dos casos de quedas, os pais/cuidadores estavam presentes; que a criança caiu, principalmente, no quarto/unidade (87%); que a cama é o equipamento mais envolvido na queda (35%); a maior parte das quedas ocorreram em camas de adulto (87%), 12,5% em berços e 1,3% em camas pequenas; as crianças caíram ao deslocar-se às instalações sanitárias (22%) ou a entrar/sair da cama (20%).

Cooper & Nolt (2007) implementaram um Programa de Prevenção de Quedas no Hospital Pediátrico da Califórnia Central e realizaram um estudo entre 1 de Janeiro e 30 de Junho de 2006, em que ocorreram 57 quedas em crianças hospitalizadas, 55% do sexo feminino e 45% do sexo masculino. A maioria ocorreu em crianças com 1-2 anos (30%) e adolescentes com os 11-18 anos (28%), sendo que 63% ocorreram na presença dos pais. A maioria das quedas ocorreu no serviço de Pediatria Médica (18%), Unidade de Oncologia (14%), Fisioterapia (14%), na Unidade de Emergência (12%). Também concluíram que as crianças com menos de um ano de idade têm tendência a cair das macas, enquanto os adolescentes tendem a cair, enquanto deambulam ou executam actividades nas instalações sanitárias.

Hendrich (2007), citado por Hill-Rodriguez *et al* (2009), refere que na população pediátrica (menores de 10 anos), a maioria das quedas estão relacionadas com as condições ambientais do serviço, tais como berços, grades, sala de brinquedos e com os pais, pois estes muitas das vezes esquecem-se e deixam as crianças sozinhas com a grade lateral para baixo.

Hill-Rodriguez *et al* (2009) realizaram no *Miami Children's Hospital* um estudo com 153 crianças (50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino) que caíram durante os anos de 2005-2006, verificando que a maioria das quedas ocorreram em crianças com menos de 3 anos de idade e mais de 13 anos, internadas com doença neurológica (convulsões), doenças respiratórias (asma) e doenças gastrointestinais (desidratação ou vômitos).

A prevenção deste tipo de acidente não só é possível, como absolutamente necessária, quando se pretende rumar em busca da excelência e da qualidade do cuidar. Assim, segundo Saraiva *et al* (2008, p. 35) “os enfermeiros devem adoptar uma visão da sua profissão como disciplina científica, para se responsabilizarem por assegurar cuidados numa perspectiva humanista, assumindo o seu papel social e garantindo aos cidadãos cuidados oportunos com qualidade e risco controlado”.

As quedas são um problema significativo de segurança na população pediátrica, assim a monitorização das mesmas deve ser uma prioridade para se atingir qualidade nos cuidados de enfermagem (Donaldson, Brown, Aydin, Bolton & Rutledge, 2005, *in Continuing Nursing Education Series*, 2009). Nos EUA, corresponde a um dos 10 indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem, seleccionados pela Associação Americana de Enfermeiros (Gaspar & Westwood, 2010). A maioria das quedas podem ser prevenidas e a prevenção da queda do doente é um foco sensível aos cuidados de enfermagem. Na Inglaterra as quedas são o Indicador 13 (*International Quality Indicator Project*, 2005).

Actualmente já existe bibliografia que sustenta as intervenções desempenhadas por enfermeiros e outros profissionais de saúde, na prevenção ou redução de quedas no doente pediátrico (Boswell, Ramsey, Smith & Apostas, 2001; DiLoreta, 2002; Bayer-McCarter, Bayer, & Hall, 2005; Rutledge, Donaldson, e Pravikoff, 2003; Tzeng & Yin, 2007, 2008, citados por Hill-Rodriguez *et al*, 2009). Estas intervenções, contudo, podem

ser onerosas e métodos como a avaliação do risco de quedas em pediatria, utilizando uma escala de avaliação de risco, vai ajudar a identificar melhor os doentes para tais intervenções, permitindo a contenção de custos e melhorando a eficiência e a eficácia do atendimento, oferecendo uma melhor protecção de segurança aos doentes.

Teixeira *et al* (2006) observam que organizações responsáveis pelo desenvolvimento de programas e acções de saúde, que atendam às exigências reais das diferentes situações dos usuários, procuram melhorar a qualidade dos serviços prestados. Esta busca por qualidade dos serviços de saúde é antiga, inicia-se quando Nightingale adoptou métodos e padrões sanitários que reduziram a mortalidade. E desde então a busca pela qualidade passou a ser constantemente observada neste sector.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais, como a OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiras (OE, 2002). Definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configura um enorme desafio – quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de reflectir sobre o exercício profissional dos enfermeiros (*Ibid*).

A equipa de enfermagem assume um papel relevante na prevenção das quedas ao identificar potenciais factores de risco e implementando medidas tendentes a reduzir lesões que podem comprometer a recuperação do doente, prolongar a hospitalização e aumentar os custos com elas relacionados (Gaspar & Westwood, 2010).

Os enfermeiros devem estar despertos para a criação de um ambiente seguro no Hospital, no qual a criança e o jovem possam explorar e desenvolver as suas habilidades, sem que isto os coloque em situação de risco de cair. Também devem avaliar o risco de quedas em crianças e jovens, utilizando uma escala de avaliação de risco, para identificar os doentes que estejam em maior risco de cair. Tal ferramenta é a base do sucesso de um programa de intervenção de enfermagem para a prevenção de quedas. Esta vai ajudar o enfermeiro a identificar quais os doentes que estejam com baixo ou alto risco de queda, e intervir, de forma a reduzir o número de quedas de doentes em ambiente Hospitalar. Daí a importância de um Programa de Intervenção de Enfermagem na prevenção de quedas de crianças e jovens em ambiente Hospitalar.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NOS DIFERENTES LOCAIS DE ESTÁGIO

Após um prévio enquadramento da temática que sustenta este Relatório, torna-se agora pertinente proceder à abordagem do meu percurso nos diferentes locais de estágio. Os locais de estágio reportam a contextos distintos da prática, nos quais atingi os seguintes objectivos, pré-estabelecidos de forma transversal e suportados pelo Regulamento deste Mestrado, bem como pelas Competências Específicas do EESIP preconizadas pela OE (2009):

- Desenvolver competências do EESIP na assistência avançada a crianças e jovens e sua família, na maximização da sua saúde e em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.
- Desenvolver um Programa de Intervenção de Enfermagem na Prevenção de Quedas na criança e no jovem em Ambiente Hospitalar.

A OE (2009, p.10) refere que o enfermeiro especialista é um profissional que possui um conjunto de “conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção”.

Segundo o estatuto profissional, consagrado no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, é reconhecida ao enfermeiro especialista competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (Nunes *et al*, 2005).

Segundo Dias (2006, p.41) “tornar-se competente (...) alcançar um certo grau de maestria, concede ao indivíduo a oportunidade de (...) ser autor do seu próprio destino”, pelo que a motivação para o desenvolvimento de competências justificou as opções tomadas neste percurso de aprendizagem.

Seguidamente irei descrever e analisar as actividades desenvolvidas e os recursos adoptados para a aquisição de competências de EESIP nos diferentes locais do Estágio.

3.1. Hospital Dona Estefânia

O HDE é uma Unidade de referência em Pediatria para a zona sul do país e ilhas, tendo inclusivamente acreditação internacional. É especializado no atendimento materno-infantil e integra o Centro Hospitalar Lisboa Central EPE.

Um dos grandes objectivos que contribuiu para a opção desta Instituição para a realização de Estágio, para além de ser uma Unidade de referência em Pediatria, foi o facto do HDE ser o único Hospital do Distrito de Lisboa a ter dado início ao projecto: “Prevenção de quedas de crianças e jovens em Ambiente Hospitalar”, daí o meu interesse na escolha desta instituição com o objectivo de aprofundar conhecimentos sobre esta temática e buscar contributos para a criação de um Programa de Intervenção de Enfermagem nesta área.

3.1.1. Unidade de Adolescentes do HDE

A Unidade de Adolescentes localiza-se no 1º piso do Edifício principal do HDE e pertence ao Departamento de Medicina. Acolhe crianças com idades compreendidas entre os 8 e 17 anos e 364 dias e respectivos acompanhantes mas, por vezes, por necessidades do Hospital, pode receber crianças de outras faixas etárias, sendo as principais causas de admissão: Diabetes, Anorexia Nervosa, Infecções Respiratórias, Infecções Urinárias, Apendicites e Fracturas.

Esta Unidade recebe doentes provenientes das diversas Consultas, do Bloco Operatório, do Serviço de Urgência, da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, de outros Serviços do Hospital se necessário, de outros Hospitais da zona Sul, das Regiões Autónomas e, também, doentes oriundos dos PALOP.

O método de trabalho adoptado pelos Enfermeiros da Unidade é o método individual, aplicando a metodologia científica baseada no Modelo de Enfermagem de Nancy Roper. A organização do trabalho da equipa de enfermagem é estabelecida pela Enfermeira Chefe ou por quem a substitua (coordenadores de equipa).

O estágio nesta Unidade decorreu entre o período de 03 a 16 de Outubro, numa carga horária de 50 horas.

A Unidade de Adolescentes apresenta uma estrutura espaçosa e segura, com paredes coloridas e luminosas, dispõe de uma sala de actividades equipada com televisão, leitor de DVDs, computadores e vários jogos com o objectivo de proporcionar um ambiente acolhedor e seguro para a criança, diminuindo o seu medo e ansiedade. Tem janelas grandes para o exterior e fechadas, as quais têm uma maçaneta que funciona para todas as janelas da Unidade e está guardada num lugar seguro a que só os profissionais têm acesso para evitar o risco de acidentes. Segundo Diogo (2010, p.128) “um factor facilitador (condição) da promoção de um ambiente seguro e afectuoso no serviço de internamento de Pediatria é o ambiente físico: nas televisões dos quartos vê-se desenhos animados, as paredes e tectos do serviço têm pinturas animadas, existem brinquedos e leitores de CDs para ouvir músicas nas salas de actividades e nos quartos e os cortinados são coloridos”.

Uma das realidades que considerei relevantes nesta Unidade, no papel do enfermeiro, foi a valorização dada à segurança da criança na prevenção de quedas, com o objectivo de proporcionar um ambiente seguro. Isto verificou-se, por exemplo, na admissão de uma criança de 5 anos que sofreu uma fractura do rádio, resultante de uma queda na escola, que ficou internada na Unidade porque não havia vaga no serviço de Ortopedia, em que a minha enfermeira orientadora pediu emprestada a outro Serviço do HDE uma cama pequena com grades para poder acolher esta criança, pois esta Unidade apenas tem camas grandes. Isto vai ao encontro das recomendações do Ministério da Saúde (2006, p.1) “a reflexão sobre a prática corrente e a necessidade de adoptar procedimentos para a utilização de camas hospitalares, nomeadamente, tendo em conta: a dimensão apropriada da cama à estatura do doente; a escolha do desenho das grades laterais adequado a crianças e adultos bem como a altura do colchão e a supervisão por profissionais de saúde quando, em situações de emergência, não estiverem disponíveis camas com dimensões apropriadas”. Contudo verifiquei que, pelo facto de o acolhimento não ser assumido na totalidade pelo enfermeiro, mas repartido com a Administrativa, o acolhimento dos mesmos corre o risco de se resumir a uma colheita de informação. Tentei contrariar esta situação, demonstrando disponibilidade, escuta, respeito e aceitação. Esta atitude permitiu-me estabelecer uma relação empática e, desta forma,

colher informações importantes para o planeamento dos cuidados, que inicialmente não se conseguiria só com o mero preenchimento da folha de avaliação inicial de Enfermagem. Watson (2002) refere que o fulcro da acção do enfermeiro é a pessoa e o seu principal instrumento a relação, sendo estas as premissas centrais do cuidar. Na colheita de dados não obtive muitas informações acerca da queda da criança, pois os pais não sabiam como é que tinha acontecido, por ter sido muito rápido e terem ido a correr com a criança para o Hospital.

A seguir tivemos que preparar física e psicologicamente a criança para a intervenção cirúrgica. A cirurgia pode, assim, conduzir a alterações ao nível psicológico, emocional, cognitivo e social na criança que podem persistir para além do pós – operatório (Diogo *et al*, 2010), daí a enfermeira ter um papel fundamental na preparação da criança. Então decidimos utilizar o brincar como forma de distrair a criança e diminuir o seu medo e ansiedade. Deixámos a criança manipular o material clínico porque, segundo Haiat, Bar-Mor e Shochat (2003), a criança pode brincar com os equipamentos médicos e acessórios, através do qual ela ganha um sentido de controlo e diminui a sua ansiedade. Assim, é importante que a criança manipule e integre as seringas, os pensos, os adesivos e outro material nas suas brincadeiras, pois ajuda a aceitá-los e a ter a percepção que os controla, diminuindo o medo. Verifiquei que esta brincadeira permitiu a distração da criança e, esta ficou muito mais calma. Isto porque, o brincar é uma actividade saudável e muito útil em Pediatria, quer no plano físico quer no mental (Batista *et al*, 2004).

Pois o brincar distrai, repousa, diverte e permite a libertação de preocupações, dor e angústia, faz a reparação do desgaste e recompõe o equilíbrio, acrescenta prazer e vai aumentar o bem-estar (Batista *et al*, 2004). Assim, se o brincar for utilizado de modo intencional e sistemático promove a adaptação e aprendizagem das crianças numa perspectiva positiva de hospitalização, doença e cirurgia. Fazendo agora uma retrospectiva de tudo o que foi dito, e reflectindo acerca disso, torna-se evidente a necessidade que existe em enquadrar a brincadeira na assistência à criança. Esta situação de prestação de cuidados permitiu-me desenvolver as seguintes competências do EESIP: “assiste a criança/jovem com sua família, na maximização da sua saúde” e “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, bem como da unidade de competência “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento”

(Regulamento n.º 123/2011, de 18 de Fevereiro). Isto porque, o brincar deve ser encarado como um instrumento terapêutico para todos os profissionais de saúde que prestam cuidados às crianças. O enfermeiro, como membro integrante da equipa de saúde, é o profissional que permanece mais tempo com a criança, devendo integrar nas suas intervenções a brincadeira, de forma a maximizar os aspectos positivos da doença e hospitalização.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de cuidar em parceria com os pais junto da criança, de forma a que estes adoptem medidas de segurança, criando um ambiente adequado para cada uma, que seja estimulante, acolhedor e seguro, na medida em que esta possa explorar e descobrir plenamente o mundo que a rodeia, para que o seu desenvolvimento e crescimento se processe de uma forma harmoniosa. Segundo Roy (1981, p.34) “cabe à enfermeira promover a adaptação em situações de saúde ou doença; para aumentar a interação da pessoa com o seu ambiente, e através disso promover a saúde”. Os acidentes com crianças podem ser evitados, e esse dever é de todos nós. À medida que as crianças crescem e se desenvolvem, surgem novos riscos e rapidamente os acidentes passam a ser a maior ameaça à sua saúde e bem-estar. Neste âmbito, é fundamental a participação activa dos pais. Nesse sentido, foi minha preocupação colaborar com a minha enfermeira orientadora na promoção do *empowerment* dos pais para a prevenção de acidentes quer em casa, quer em ambiente Hospitalar. Rodrigues *et al* (2005, p.86) define *empowerment* “como um processo social multidimensional que ajuda as pessoas a ganharem controlo sobre as suas próprias vidas”. O EESIP deve facilitar o processo de *empowerment*, pois este caracteriza-se pela colaboração, partilha, parceria, no sentido de se criarem relações mais igualitárias e que escapem ao paradigma do dominador – dominado (Rodrigues *et al*, 2005). Por isso, considerei pertinente a elaboração de um panfleto de recomendações destinado aos pais, familiares ou pessoa significativa para as crianças e os jovens internados na Unidade, intitulado: “Recomendações para a Prevenção de Quedas de Crianças e Jovens Internados na Unidade de Adolescentes” (**Apêndice I**). O panfleto foi elaborado, tendo por base uma pesquisa bibliográfica que contribuiu para o desenvolvimento de competências científicas, bem como das seguintes competências: “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” e “baseia a sua *praxis* clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro). Este foi apresentado à Professora

Orientadora, às Enfermeiras Orientadoras do estágio e à Enfermeira Chefe (o qual se encontra em avaliação no Gabinete de Imagem do HDE para posteriormente ser implementado na Unidade). O panfleto explica aos familiares, de forma resumida, os cuidados que eles devem ter em relação à criança e ao jovem na Unidade em que estão internados, de forma a sensibilizá-los e capacitá-los para a problemática das quedas em ambiente Hospitalar. O panfleto em análise é uma forma de comunicação escrita entre os enfermeiros e os pais e uma mais valia na prevenção de quedas. Prepara os pais para a sua parceria com o enfermeiro e pede-lhes colaboração na prevenção das mesmas. Em termos gerais, Roy (1981, p.33) refere que o objectivo de enfermagem “é contribuir para o objectivo global dos cuidados de saúde, isto é, para promover a saúde dos indivíduos e da sociedade”.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de entrevistar a Enfermeira Chefe e a enfermeira dinamizadora do projecto das quedas na Unidade e, também, consultei o *dossier* das quedas existente nesta Unidade no sentido de obter contributos para o Programa de intervenção de enfermagem que pretendo implementar no meu local de trabalho. Este *dossier* contém a norma de actuação de enfermagem para a prevenção de quedas em ambiente hospitalar desenvolvida pelo Centro Hospitalar Lisboa Central EPE, a escala de avaliação de risco de quedas (que ainda se encontra em processo de validação), uma folha de avaliação das condições físicas e ambientais do Serviço e uma folha de notificação de quedas.

3.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HDE

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e a Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais pertencem a uma só Unidade denominada UCIN. A UCIN situa-se no 1º piso do Edifício principal do HDE e pertence ao Departamento de Urgência/Emergência, a par com a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e com o Serviço de Urgência Pediátrica.

Os recém-nascidos admitidos na UCIN pertencem à Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Zona Sul do País, Açores e Madeira. A entrada na Unidade era realizada por transferência do bloco de partos; actualmente, devido ao encerramento da Maternidade,

são transferidos de outras unidades Hospitalares, transportados pelo INEM ou vindos pelo Serviço de Urgência ou Consulta Externa, sendo as principais causas de admissão: patologias Infecciosas (bronquiolites, SDR, pneumonias, sépsis); malformações congénitas (hérnia diafragmática, atresia do esófago, onfalocelo, gastrosquisis, atresias intestinais, mielomeningocelo); prematuridade; síndromes poli-malformativas e malformações cardíacas.

O método de trabalho adoptado pelos enfermeiros da UCIN é o de Enfermeiro Responsável, aplicando a metodologia científica baseada no Modelo de Enfermagem de Nancy Roper. A organização do trabalho da equipa de enfermagem é estabelecida pela Enfermeira Chefe ou por quem a substitua (coordenadores de equipa).

O estágio nesta Unidade decorreu entre o período de 17 a 30 de Outubro, numa carga horária de 50 horas.

A estrutura física da UCIN é nova, espaçosa e segura. Apresenta um corredor colorido com bonecos. Os cuidados Intensivos encontram-se separados dos Intermédios em Unidades diferentes. Tem a lotação de 16 vagas: 8 incubadoras na UCIN e 8 incubadoras ou berços na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (conforme as necessidades do bebé). A Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais está dividida em 2 salas com 4 vagas cada (existe uma sala onde existem incubadoras ou berços suplentes). A UCIN encontra-se dotada com equipamento adequado às necessidades dos recém-nascidos admitidos. Todas as vagas, entendidas como unidades, são individuais, equipadas com monitores, seringas infusoras, rampas de oxigénio e vácuo. Está equipada com diversos tipos de ventiladores adequados à situação de cada recém-nascido (ventilação convencional, alta frequência, óxido nítrico e ventilação não invasiva).

O nascimento de um bebé corresponde a um período de mudança, transição na vida familiar, implicando uma reorganização e alteração de papéis. O papel parental corresponde a um “interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais, internalizar a expectativa mantidas pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento óptimos de um filho dependente” (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2010, p.66).

A hospitalização de um recém-nascido corresponde a um momento de crise para os pais, que se vêem impedidos de interagir continuamente com o filho que imaginaram durante a gravidez, de desenvolverem determinadas competências parentais, desencadeando uma panóplia de necessidades próprias e sentimentos, que vão desde a ansiedade, culpa, à impotência (Brazelton & Cramer, 1992). Assim, as necessidades dos familiares podem ser satisfeitas e os sentimentos diminuídos se a interacção pais/bebé for promovida. Jorge (2004, p.79) refere que “a participação dos pais no cuidar do seu filho, durante a hospitalização, parte de toda a dinâmica do processo de relação interpessoal entre a equipa e os pais”.

Ao longo do estágio na UCIN foi marcante a preocupação dos enfermeiros em integrar os pais no seu seio e na prestação de cuidados ao seu filho promovendo, desta forma, o processo de aproximação e interacção pais/bebé, envolvendo-os nos cuidados. Casey (1993, p. 185) afirma que “para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de protecção, estímulo e amor”, pelo que ninguém melhor que os pais ou pessoa significativa para os prestar.

A participação activa dos pais nos cuidados ao bebé poderá desencadear sentimentos de utilidade, compreensão e uma adaptação à situação a que estão expostos, como se pretende e nos refere Meleis (2005, p.214) “as transições despoletadas por uma mudança no estado de saúde, no papel no âmbito das relações, expectativas ou capacidades (...) requerem que a pessoa incorpore novo conhecimento, altere comportamentos e, assim, altere o contexto de si num contexto social”. A relação de parceria deve ser construída na confiança e no respeito mútuo, que pressupõe que a família desenvolva progressivamente competências no cuidar e confiança nas suas habilidades, reconhecidas e valorizadas pela equipa, pelo que a planificação dos cuidados deve ser conjunta e a um nível de participação na prestação dos mesmos, consoante a habilitação e o desejo da família.

A complexidade da situação dos bebés internados e a necessidade de um controlo rigoroso estão presentes nas patologias mais frequentes na UCIN. Estas patologias que presenciei como a prematuridade, síndromes de dificuldade respiratória, doenças congénitas, enterocolite necrosante, pneumotórax e bebés submetidos a intervenções cirúrgicas, requereram a componente tecnológica, mais concretamente, a ventilação artificial não invasiva e/ou invasiva. Esta, para além de tecnicamente exigente, teve todas

as consequências emocionais, éticas, morais e relacionais, exigindo da equipe multidisciplinar uma total coordenação. Tive a oportunidade de participar numa destas situações que me permitiu um momento de reflexão como futura EESIP. **(Apêndice II)**

Na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais também tive experiências enriquecedoras, como ter colaborado com a minha enfermeira orientadora na utilização do Método Canguru, que consiste no contacto pele a pele precoce e prolongado, entre a mãe e o recém-nascido. Este método promove o desenvolvimento harmonioso do bebé e a humanização dos cuidados prestados à família. Tive a oportunidade de verificar na prática, a estabilização dos sinais vitais e a tranquilidade de dois bebés (gémeos) e, ao mesmo tempo, a satisfação dos pais, embora inicialmente demonstrassem muito receio relacionado com a fragilidade dos bebés, pois estes eram prematuros. Esta estratégia de promover o contacto físico pais e recém-nascido, permitiu-me desenvolver a competência “promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais” (Regulamento n.º 123/2011, de 18 de Fevereiro). Galamba (2007) refere que o Método Canguru estimula o contacto precoce entre a mãe ou o pai com o recém-nascido, promovendo o vínculo entre eles, estimula o aleitamento materno, aumentando a produção do leite, promove o desenvolvimento físico e emocional do bebé, diminui as infecções nosocomiais, melhora os sinais vitais e diminui o tempo de internamento.

Ao longo do estágio na UCIN foi minha preocupação, principalmente na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, contribuir para o desenvolvimento das competências parentais no cuidar do bebé, envolvendo os pais como parceiros no cuidado ao filho, de acordo com a sua disponibilidade e situação clínica do bebé, contribuindo para a emergência de sentimentos de segurança, autonomia e responsabilidade pelos cuidados e bem-estar do bebé na Unidade e posteriormente no domicílio. Silva (2007, p.15) refere que “ajudar as mães/pais na aquisição de competências associadas a um eficaz exercício do papel parental parece-nos constituir uma dimensão pró activa e construtiva dos sistemas de fornecimento de cuidados de saúde”. Relativamente ao processo de preparação para a alta do recém-nascido, existe um plano estruturado, com uma folha que serve de guia para os enfermeiros. Também existe o contacto telefónico após alta. Considero que o contacto com os pais das crianças que tiveram alta clínica, através da via telefónica, traz vantagens para a criança/família e para os enfermeiros. Pude verificar

que neste contacto faziam-se orientações promotoras do aleitamento materno e orientações para o cuidado ao bebé e esclareciam-se dúvidas.

À medida que o bebé cresce e se desenvolve surgem novos riscos e rapidamente os acidentes passam a ser a maior ameaça à sua saúde e bem-estar (APSI, 2010). Assim, utilizei a acção informativa, educativa e preventiva junto dos pais, de forma a capacitá-los para a prevenção de possíveis acidentes em ambiente hospitalar e no domicílio, é no primeiro ano de vida que a criança começa a desenvolver as suas competências motoras e curiosidade pelo mundo exterior, precisando de uma vigilância e supervisão constante. Segundo a APSI (2010, p. 2) “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”. No Modelo de Enfermagem de Roper, Logan & Tierney, a manutenção do ambiente seguro aponta para o risco de acidentes e a sua prevenção, assim como para os agentes externos de stresse, abuso e perturbação social. Segundo estas autoras, são “apenas alguns exemplos para ilustrar a importância do ambiente externo quando se presta atenção a um estilo de vida saudável e à capacidade individual para desempenhar as diversas actividades de vida” (Roper *et al*, 2001, p.34). Estes factores são extremamente importantes nas intervenções de enfermagem de esclarecimento aos pais, bem como, é da nossa responsabilidade a prevenção e sensibilização dos cuidados antecipatórios, “ (...) para se manter a saúde, tanto pessoal como pública, há que direccionar uma grande quantidade de energia para a manutenção de um ambiente tão seguro quanto possível, não apenas no presente como para herança das gerações futuras” (Roper *et al*, 2001, p. 48).

O que despertou a minha atenção nesta Unidade foi o facto de toda a equipa de enfermagem estar sensibilizada para a prevenção de quedas das crianças em ambiente Hospitalar. Pude verificar, por exemplo, que, nesta Unidade, os enfermeiros tinham por hábito colocá-las no ovo com «o cinto de segurança», em cima do cadeirão ou em cima do próprio berço, porque, ao manterem-se internadas alguns meses e desenvolvendo competências psicomotoras na própria Unidade, não podem nem conseguem permanecer todo o turno deitados no berço. Actualmente, graças ao projecto de prevenção de quedas em ambiente hospitalar, alteraram-se comportamentos e os enfermeiros colocam o ovo no próprio carrinho travado, com o objectivo de prevenir possíveis quedas.

3.1.3. Serviço de Ortopedia do HDE

O Serviço de Ortopedia integra as especialidades de Ortopedia e Neurocirurgia. Este situa-se no 2º piso do Edifício principal do HDE e pertence ao Departamento de Cirurgia. Acolhe crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos e 364 dias (no entanto, pode acolher jovens até aos 21 anos) e respectivos acompanhantes.

As crianças e jovens admitidos no Serviço de Ortopedia pertencem à Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, da Zona Sul do País, de outros Hospitais do país, das Regiões Autónomas e recebe também doentes oriundos dos PALOP. A entrada na Unidade é realizada, na maior parte das vezes, por transferência da Consulta Externa, do Bloco Operatório, do Serviço de Urgência e da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. As patologias mais frequentes no Serviço são: as Luxações Congénitas da Anca, as Osteomielites, os Tumores e as Fracturas.

O método de trabalho adoptado pelos Enfermeiros do Serviço de Ortopedia é o método individual, aplicando a metodologia científica baseada no Modelo de Enfermagem de Nancy Roper. A organização do trabalho da equipa de enfermagem é estabelecida pela Enfermeira Chefe ou por quem a substitua (coordenadores de equipa).

O estágio neste Serviço decorreu entre o período de 30 de Outubro a 13 de Novembro, numa carga horária de 50 horas.

O Serviço de Ortopedia apresenta uma estrutura física nova, espaçosa, com paredes e chão coloridos e luminosos, com janelas grandes para o exterior, as quais têm uma maçaneta, que funciona para todas as janelas do Serviço e está guardada num lugar seguro a que só os profissionais têm acesso, com o objectivo de proporcionar um ambiente seguro para a criança.

A realização do estágio neste Serviço foi muito relevante, porque me permitiu contactar com diversas situações que favoreceram a consolidação de conhecimentos, tendo sido necessário consultar bibliografia de forma a ir ao encontro de uma das competências que pretendia desenvolver neste estágio: “baseia a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro).

A hospitalização e a cirurgia geram uma realidade onde diversos tipos de dor são sentidos e vividos quer pela criança, que sofre devido à doença, ao tratamento, a todos os procedimentos técnicos a que é submetida e à separação dos seus pais e do seu ambiente familiar, quer pela sua família que presencia o seu sofrimento e afastamento, sofrendo pelo sentimento de impotência.

Toda a equipa de enfermagem do Serviço de Ortopedia valoriza a dor na criança ou no jovem. O enfermeiro, ao cuidar da criança com dor tem uma atenção particular sobre ela, reforçando a sua segurança e a sua confiança, ao mesmo tempo que demonstra por ela atenção e afecto.

Ao longo do estágio pude verificar que os enfermeiros da equipa do Serviço de Ortopedia têm consciência das situações de stresse, que podem provocar, quando cuidam das crianças e família. Toda a equipa tem a preocupação de providenciar intervenções de enfermagem de forma a proporcionar cuidados atraumáticos. Estes cuidados têm como objectivo eliminar ou minimizar o stresse físico e psicológico da criança e sua família (Hockenberry, 2006). Ao longo do estágio, colaborei com a minha enfermeira orientadora na prestação de cuidados a crianças e jovens, tendo utilizado os cuidados atraumáticos na preparação da criança e sua família para a realização de procedimentos dolorosos, tais como a realização de pensos cirúrgicos e na preparação para a cirurgia, controlando a sua dor (utilizando EMLA®, Sacarose e estratégias não farmacológicas no alívio da dor) e providenciando brincadeiras com o objectivo de diminuir a sua ansiedade, promovendo a expressão de medos e sentimentos, e como técnica de distração. O facto de ter colaborado com a equipa de enfermagem na realização de procedimentos dolorosos e na preparação das crianças e sua família para a cirurgia, permitiu-me a aquisição das seguintes competências: “cuida da criança/jovem nas situações de especial complexidade” e da unidade de competência: “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, optimizando as respostas”, bem como “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” e como unidade de competência: “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento n.º 123/2011, de 18 de Fevereiro).

Uma das grandes aprendizagens neste estágio foi a realização de registos de enfermagem, utilizando a linguagem CIPE®. A CIPE®, um programa do Conselho

Internacional de Enfermeiros, foi concebida para ser uma parte integral da infra-estrutura global de informação, que informa a prática e as políticas de cuidados de saúde para melhorar os cuidados prestados aos doentes em todo o mundo. Como tal, é um instrumento que facilita a comunicação dos enfermeiros com outros enfermeiros, profissionais de saúde e responsáveis pela decisão política, acerca da sua prática. Os registos de enfermagem são sem dúvida um instrumento imprescindível dos cuidados de enfermagem quer no assegurar da continuidade de cuidados, quer na avaliação das suas intervenções, contribuindo para o desenvolvimento da profissão. A OE (2009, p.7) refere que “a CIPE® facilita aos enfermeiros a documentação padronizada dos cuidados prestados aos doentes. Os dados e informação de enfermagem resultantes podem ser utilizados para o planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem, previsões financeiras, análise dos resultados dos doentes e desenvolvimento de políticas”.

No dia 30 de Outubro, no turno da tarde, uma adolescente de 14 anos que tinha sido submetida a uma intervenção cirúrgica, no dia 19 de Outubro, para fazer redução com fixadores externos da Luxação Congénita da anca direita, deslocou-se às instalações sanitárias com o auxílio das canadianas na companhia da mãe e acabou por sofrer uma queda nas instalações sanitárias. A mãe gritou a pedir ajuda. Quando a enfermeira chegou às instalações sanitárias a jovem encontrava-se caída no chão, tendo-se apercebido que o chão se apresentava molhado. De seguida, a enfermeira ajudou a adolescente a voltar para o quarto e observou a jovem para verificar se ela apresentava lesões, mas mesmo assim foi contactado o médico, tendo-se concluído que a doente não sofreu lesões.

Segundo Razmus *et al* (2006), e como já citei, as crianças que são hospitalizadas devem ser cuidadosamente monitorizadas e assistidas na realização das suas actividades, como por exemplo, ir às instalações sanitárias, entrar e sair da cama porque estas actividades foram consideradas factores de risco para as quedas. Na mesma linha de pensamento, *Joint Commission Event Report* (2000), citado por Payson & Haviley (2007), refere que a recente mudança ambiental e a urgência em deslocar-se às instalações sanitárias foram considerados factores de riscos.

Apesar de não estar presente no momento do acidente, este permitiu-me reflectir acerca da importância do papel do enfermeiro na identificação precoce de situações de risco,

com o objectivo de, neste caso, maximizar a saúde desta jovem. Roy (citada por Tomey & Alligood, 2004, p.307) define amplamente a Enfermagem como uma “profissão de cuidados de saúde que se centra nos processos de vida humanos e uniformiza e enfatiza a promoção da saúde para indivíduos, grupos e sociedade como um todo”. A prevenção deste tipo de acidente não só é possível, como absolutamente necessária, quando se pretende rumar em busca da excelência e da qualidade do cuidar. Assim, segundo Saraiva *et al* (2008, p. 35) “ os enfermeiros devem adoptar uma visão da sua profissão como disciplina científica, para se responsabilizarem por assegurar cuidados numa perspectiva humanista, assumindo o seu papel social e garantindo aos cidadãos cuidados oportunos com qualidade e risco controlado”.

Nesta situação, podemos verificar que o motivo da queda foi um factor ambiental que, neste caso, foi o pavimento molhado. Os enfermeiros devem estar despertos para a promoção de um ambiente seguro no Hospital, através da avaliação das condições físicas e ambientais do serviço e implementando medidas de segurança, de forma a que a criança e o jovem possam explorar e desenvolver as suas habilidades, sem que isto as coloque em situação de risco de queda. Todavia, as pessoas percebem que, mesmo em circunstâncias normais, toda a gente permanece exposta a uma diversidade de perigos ambientais que põem em causa a segurança, saúde e sobrevivência (Roper *et al*, 2001).

Também se verificou que a queda foi presenciada pela mãe, Cooper & Nolt (2007) referem no estudo que realizaram, que 63% quedas em crianças hospitalizadas ocorreram na presença dos pais. Na mesma linha de pensamento, Razmus *et al* (2006) realizaram um estudo que revelou que, em 82,8% dos casos de quedas, os pais/cuidadores estavam presentes no momento da queda.

A enfermeira responsável pela jovem não fez o registo deste incidente, verifiquei isso quando consultei o seu processo clínico e o *dossier* das quedas. Comuniquei à minha orientadora, que por sua vez comunicou à Enfermeira chefe e a Enfermeira chefe foi confirmar se tinham realizado o registo por via electrónica e chegou à conclusão que não tinha sido feito. De seguida, ela realizou o respectivo registo por via electrónica, ao qual eu tive oportunidade de presenciar. O registo por via electrónica é recente e avalia critérios que não estão contemplados na notificação feita em papel e, além disso, facilita o tratamento dos dados colhidos. A monitorização das quedas é fundamental para

direccionar as intervenções de enfermagem com vista a uma melhor prática de cuidados. Devem-se prevenir os riscos, identificando-os, analisando a origem e propondo acções preventivas. A análise dos riscos tem como objectivo estimar factores que interferem na segurança e os potenciais danos que o mesmo pode causar ao indivíduo; tais avaliações servem de subsídios para controle e prevenção dessa exposição (Lima, Leventhal & Fernandes, 2008).

O grande desafio, que se coloca na prevenção de quedas, envolve também a educação dos pais/família/cuidadores informais, das crianças e de todos os profissionais de saúde. Considero assim pertinente o panfleto que elaborei com recomendações para os pais, família ou pessoa significativa no sentido de os alertar para a problemática das quedas em ambiente hospitalar (o qual se encontra em avaliação no Gabinete de Imagem do HDE para, posteriormente, ser implementado em toda a Instituição) **(Apêndice III)**. Este panfleto contribuiu para o desenvolvimento de competências científicas, pela pesquisa bibliográfica que exigiu, a que acrescento seguintes: “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” e “baseia a sua *praxis* clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro); e “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento n.º 123/2011, de 18 de Fevereiro).

Apercebi-me quando consultei o processo, que a enfermeira não tinha avaliado o risco de queda da jovem após a queda. Além disso, também houve elementos da equipa que mencionaram dificuldades na aplicação da escala. Identifiquei então que a equipa de enfermagem necessitava de uma formação sobre a aplicação da escala e respectiva norma de aplicação.

Elaborei o planeamento de uma sessão de formação em serviço, uma vez que este processo me permitiu escolher as alternativas mais adequadas com vista a agir e atingir determinados resultados, rentabilizar o tempo e os recursos e minimizar a ocorrência de situações imprevistas. **(Apêndice IV)**

A sessão de formação foi pensada com o objectivo de ser um momento de partilha de experiências, de reflexão e esclarecimento de dúvidas, de forma a que todos pudessem contribuir para a implementação deste projecto, pois o seu êxito depende do envolvimento

e participação de toda a equipa, que só se consegue se todos se sentirem elementos activos, com um objectivo comum: melhorar a qualidade de cuidados que se prestam à criança, ao jovem e sua família.

A Sessão de Formação em Serviço intitulada “Aplicação da Escala *Humpty Dumpty*” foi apresentada aos enfermeiros do Serviço de Ortopedia e da Unidade de Adolescentes, no dia 08 de Novembro, na sala de reuniões do Serviço de Ortopedia. **(Apêndice V)**

Para avaliar as sessões organizei um questionário onde os participantes expressaram a sua opinião relativamente à forma como decorreu a sessão **(Anexo I)**. A seguir, realizei a análise e interpretação dos dados. **(Apêndice VI)**

Para além da sessão de formação, sob a forma de documento interno, elaborei a norma de aplicação da escala, como guia de orientação para os enfermeiros na correcta aplicação da escala. **(Apêndice VII)**

A realização desta Sessão de Formação e a norma de Aplicação da Escala contribuiu para o desenvolvimento das competências: “concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua da qualidade”, “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” e “baseia a sua *praxis* clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro).

3.2. Unidade de Saúde Familiar Gama do Centro de Saúde de Torres Vedras

O Centro de Saúde de Torres Vedras integra-se na Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo e no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Oeste Sul. O Centro de Saúde de Torres Vedras é composto por uma sede, que inclui as USF Gama e Arandis, a Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) e o Serviço de Medicina Física e Reabilitação. Do Centro de Saúde fazem ainda parte 18 extensões de saúde situadas nas freguesias do concelho de Torres Vedras. Estas extensões de saúde estão organizadas em três pólos de Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). A organização por pólos é uma forma de se articular melhor os cuidados por pequenas

equipas de Enfermagem, assegurando os cuidados com equidade a toda população. Em Torres Vedras existe ainda um Centro de Atendimento a Tratamentos Urgentes (CATUS) e, neste local, existe também o Centro de Diagnóstico Pneumológico que funciona à terça e à quinta-feira, que serve toda a população do Centro de Saúde de Torres Vedras.

A USF Gama iniciou a sua actividade a 7 de Novembro de 2006 e situa-se no piso 0 do edifício-sede do Centro de Saúde de Torres Vedras. A actividade da USF Gama é constituída por uma equipa multiprofissional: 9 Médicos de Família, 9 Enfermeiros e 7 Administrativos, abrangendo no corrente ano uma população 17 350 indivíduos, dos quais 3352 são crianças e jovens: 1713 do sexo Masculino e 1639 do sexo Feminino (Fonte: Sinus® – Programa informático do Centro de Saúde).

O método de trabalho é o de Enfermeiro de referência. Sem dúvida que devemos continuar a lutar pelo método de trabalho por enfermeiro de referência, pois neste método o enfermeiro é responsável pela coordenação e acompanhamento de todos os cuidados à criança e jovem e sua família, sendo a confiança necessária à expressão de sentimentos e dúvidas dos pais mais facilmente desenvolvida, assegurando-se um contínuo planeamento de intervenção e acompanhamento de cada situação. A OE (2011, p.5) refere que “privilegia-se o método de trabalho por enfermeiro de referência, imprescindível para uma prestação de cuidados de elevado nível de complexidade, que contemple e promova a satisfação da criança/jovem, permitindo simultaneamente a implementação de sistemas para a monitorização do custo/benefício efectivo e gestão da segurança”.

O estágio no Centro de Saúde teve a duração de 100 horas presenciais repartidas por quatro semanas, tendo início no dia 14 de Novembro e término no dia 11 de Dezembro.

A sala de espera da consulta de Saúde Infantil apresenta um ambiente acolhedor, apesar de ser pequena, esta está pintada e apresenta diversos brinquedos para as crianças poderem brincar enquanto esperam pela consulta. Por outro lado, o gabinete de Saúde Infantil e Juvenil apresenta *posters* e desenhos animados nas paredes, bem como brinquedos para distrair a criança durante a consulta com o objectivo de proporcionar um ambiente acolhedor e seguro. Segundo Hockenberry (2006, p.682) os “ambientes coloridos e com brinquedos, decoração infantil e criativa, cores diversificadas são altamente recomendáveis”.

O enfermeiro que trabalha na área de cuidados de saúde primários é um profissional responsável pela prestação de cuidados de enfermagem globais ao indivíduo e à sua família. A OE (2003, p.19,20) em relação à prestação de cuidados na área da promoção da saúde afirma que o enfermeiro “(...) participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação. (...) aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde”. Segundo a Carta de Ottawa (1986, p.1), a promoção de saúde é entendida como “um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”.

O enfermeiro ao desenvolver a sua acção na área de saúde infantil, terá que abordar a criança numa perspectiva globalizante, levando em conta o seu contexto familiar e condições de vida. A visitação domiciliária à puérpera e recém-nascido é uma estratégia de trabalho que permite a entrada no meio familiar, o que pode verificar nas visitas domiciliárias em que participei. A OE (2007, p. 77) refere que “a visitação domiciliária é, em Saúde Infantil, uma estratégia a valorizar desde o nascimento e ao longo de todo o processo de desenvolvimento da criança”. A visitação permite também apoiar, guiar, esclarecer dúvidas e aconselhar os pais, ajudando-os a adquirir atitudes e comportamentos que os tornem responsáveis pela sua própria saúde e pela dos seus filhos. O Ministério da Saúde (2005, p. 6) refere que é importante “desenvolver os meios que possibilitem a visitação domiciliária, essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de famílias ou situações identificadas como «de risco»”. A visitação domiciliária e a consulta de Enfermagem programada diminuem a ansiedade e aumentam as competências parentais, tendo sempre presente os factores que afectam a capacidade da família de prestar cuidados no domicílio. Assim sendo, torna os pais mais competentes e autónomos.

Em relação à consulta de enfermagem programada, de início tive algumas dificuldades pois existiam alguns temas em que não estava tão segura na sua abordagem. Para colmatar esta necessidade, tive de consultar bibliografia, tal como as orientações técnicas da DGS sobre o programa-tipo de actuação de Saúde Infantil e Juvenil e sobre o Plano Nacional de Vacinação, bem como a Wong (Fundamentos de Enfermagem Pediátrica) e o

Guia Orientador de Boas Práticas da OE (Promover o desenvolvimento Infantil na Criança), de forma a ir, uma vez mais, ao encontro de uma das competências que pretendia desenvolver neste estágio: “baseia a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro). Também esclareci dúvidas com a equipa de enfermagem responsável pelo Programa de Saúde Infantil e Juvenil, o que foi produtivo, pois consegui colmatar a dificuldade inicial e prestar cuidados de uma forma autónoma e segura.

As consultas de Saúde Infantil e Juvenil e os exames periódicos de saúde na infância permitem o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento psicomotor, emocional e social da criança. A OE (2007, p.72) menciona que “para uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil da criança, o enfermeiro deve associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização”. O instrumento de avaliação do desenvolvimento da criança utilizado no Centro de Saúde é a Escala de *Mary Sheridan*, nas suas quatro áreas de avaliação - postura e motricidade global, visão e motricidade fina, audição e linguagem e comportamento e adaptação social. Esta Escala é de “aplicação rápida, precisa e fiável” (OE, 2007, p.133). O facto de ter utilizado este instrumento de avaliação do desenvolvimento nas consultas de saúde infantil em que colaborei, bem como os conhecimentos adquiridos ao longo deste Mestrado permitiu-me o desenvolvimento das seguintes competências: “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” e como unidades de competência: “promove o crescimento e desenvolvimento infantil” e “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento n.º 123/2011, de 18 de Fevereiro).

É feito, também, um rastreio das alterações mais frequentes em cada faixa etária e incluem os cuidados antecipatórios. Nestas consultas é possível serem identificados factores de risco e serem detectadas e encaminhadas situações que possam afectar negativamente a vida, ou a qualidade de vida, da criança e do adolescente. São exemplo destas situações: malformações congénitas (luxação da anca, cardiopatias congénitas, a não presença de testículos nas bolsas), perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estato-ponderal e psicomotor, alterações neurológicas e alterações de comportamento. Nas consultas que participei, foi promovida a adesão ao

Programa Nacional de Vacinação e estimulada a opção por comportamentos saudáveis através da informação relacionada com a alimentação, higiene e conforto, sono e repouso, afecto e estimulação, segurança e prevenção de acidentes, para promoção da saúde e prevenção da doença, sendo uma óptima oportunidade de trabalho com os pais e criança para esclarecimento de dúvidas, no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde. Hesbeen (2001, p.31) refere que “o prestador de cuidados deve simplesmente acompanhar, esclarecer, transmitir a suas expectativas e recomendações, enfim oferecer os seus recursos bem como os da equipa em que se integra, com vista a promover a saúde”. Na mesma linha de pensamento, Roy (1981, p.33) refere que o objectivo de enfermagem “é contribuir para o objectivo global dos cuidados de saúde, isto é, para promover a saúde dos indivíduos e da sociedade”. A minha participação nas actividades do programa de Saúde Infantil e Juvenil e no programa de vacinação permitiu-me desenvolver as seguintes competências: “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro) e “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” e da unidade de competência “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Regulamento n.º 123/2011, de 18 de Fevereiro).

Em todas as consultas de Saúde Infantil e Juvenil em que colaborei, foi minha preocupação trabalhar com os pais para a prevenção de acidentes domésticos e de lazer mais frequentes nas diferentes faixas etárias, de modo a que estes pudessem orientar antecipadamente as crianças a respeito dos problemas e riscos esperados, de acordo com o seu nível de crescimento e desenvolvimento. O Ministério da Saúde (2005, p. 10) refere que: “relativamente aos cuidados antecipatórios, os temas sugeridos poderão ser abordados individualmente ou em grupo ou em diferentes contextos”. As orientações dadas aos pais foram adaptadas ao contexto social, económico e cultural de cada criança e família e foram realizadas de forma gradual, validadas e reforçadas sempre que se justificava, de forma a consciencializar os pais para a importância da prevenção dos acidentes domésticos e de lazer.

Para além da promoção da saúde, também se realiza prevenção da doença, orientando os pais a identificar e actuar perante os sintomas comuns, reforçando o seu papel e alertando-os para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de

saúde. O seguimento em Consultas de Saúde Infantil e Juvenil permite, ainda, sinalizar e proporcionar apoio contínuo às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias, bem como promover a articulação com os vários intervenientes nos cuidados a estas crianças.

A equipa de enfermagem da Saúde Infantil e Juvenil utiliza na sua prática diária os cuidados atraumáticos, principalmente na preparação da criança para a administração de vacinas, providenciando brincadeiras e utilizando técnicas de distração de forma a prevenir e minimizar a sua dor.

O conceito de educação em Saúde Infantil e Juvenil está ancorado no conceito de promoção da saúde. Segundo a OE (2007, p.69) “no que concerne à Saúde Infantil, os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento aos pais”.

Após o nascimento de uma criança e no sentido de promover o desenvolvimento das referidas competências, cabe ao enfermeiro validar a necessidade de orientar os pais, com o intuito de os capacitar para a satisfação de todas as necessidades do filho com autonomia. Os cuidados individualizados devem ser constantes e, portanto, a informação deverá ser fornecida em ocasiões propícias. As dúvidas, geralmente, são muitas nesta fase de transição e de crise familiar, portanto, questionar utilizando uma linguagem adequada ou demonstrar disponibilidade para responder é de igual modo imperioso. Para facilitar este percurso de desenvolvimento de competências parentais, foi-me proposto pelo Centro de Saúde a organização de uma sessão de Educação para a Saúde para futuros pais, no âmbito do Curso de Preparação para a Maternidade/Paternidade, com o tema: “Prevenção de Acidentes no Primeiro Ano de Vida”. Sabendo que estes acidentes ocorrem em crianças mais novas e em ambiente doméstico, faz todo o sentido investir na promoção da segurança doméstica nesta idade e a criação e manutenção de um ambiente seguro. Neste âmbito, é fundamental a participação activa dos pais.

Elaborei o planeamento da sessão de Educação para a Saúde com a finalidade de escolher as alternativas mais adequadas com vista a atingir os objectivos a que me propus. **(Apêndice VIII)**

Esta Sessão de Educação para a Saúde teve como objectivos gerais: sensibilizar os futuros pais para a identificação de situações de perigo para o seu filho no primeiro ano

de vida; capacitar os futuros pais para os diferentes tipos de acidentes a que o bebé está sujeito no 1º ano de vida e capacitar os futuros pais para medidas preventivas adequadas aos diferentes tipos de acidentes. A Sessão de Educação para a Saúde intitulada “Prevenção de Acidentes no Primeiro Ano de Vida” foi apresentada aos futuros pais, no dia 07 de Dezembro, na sala de reuniões do Centro de Saúde de Torres Vedras.

(Apêndice IX)

Para avaliar a Sessão de Educação para a Saúde organizei um questionário que teve como objectivo recolher informações sobre o conhecimento dos participantes acerca do tema **(Apêndice X)**. Na elaboração do questionário utilizei questões fechadas dicotómicas, porque são as mais fáceis de compreensão, uma vez que o participante tem que escolher entre duas respostas que, neste caso, é entre o verdadeiro ou falso. Segundo Fortin (2009, p. 384) “as questões fechadas têm por principais vantagens serem simples de utilizar, permitir a codificação fácil das respostas e uma análise rápida e pouco dispendiosa e também poderem serem objecto de um tratamento estatístico”. Mas antes de aplicar o questionário realizei um pré-teste a duas parturientes que tinham o seu bebé internado na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido do CHTV, com a finalidade de garantir a obtenção de resultados isentos de erros. Após realizado o pré-teste, este foi transcrito e analisado cuidadosamente, revelando que não era necessário reformular ou alterar nenhuma das questões, pois não suscitou qualquer dúvida por parte das inquiridas e forneceu dados que nos mostrou que a pesquisa iria ter um resultado de acordo com o esperado. Para Fortin (2009, p.386) “o pré-teste é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo. Esta etapa é sem dúvida indispensável, porque permite descobrir os defeitos do questionário e fazer as correcções que se impõem”. Após a colheita de dados, estes devem ser analisados e os resultados obtidos constituem um passo central da pesquisa. Assim, realizei a análise e interpretação dos dados. **(Apêndice XI)**

Também realizei um panfleto destinado aos futuros pais, intitulado: “Recomendações para a Prevenção de Acidentes no Recém-nascido” **(Apêndice XII)**. O panfleto foi elaborado, tendo por base uma pesquisa bibliográfica e foi apresentado à Enfermeira Orientadora do estágio e à Enfermeira Chefe do Centro de Saúde.

A sessão de Educação para a Saúde e a elaboração do panfleto contribuíram para o desenvolvimento de competências comunicacionais e científicas, pela pesquisa bibliográfica que exigiu, e, também, das seguintes competências: “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” e como unidade de competência: “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Regulamento n.º 123/2011, de 18 de Fevereiro) e “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” e “baseia a sua *praxis* clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro).

3.3. Centro Hospitalar de Torres Vedras

O Centro Hospitalar de Torres Vedras (CHTV) é constituído pelo Hospital Distrital de Torres Vedras e pelo Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior, sendo designados respectivamente de núcleo de Torres Vedras e núcleo do Barro. O CHTV foi criado em 2001, por promulgação da Portaria n.º 1295/2001 de 17 de Novembro, com o objectivo de rentabilizar os recursos humanos e técnicos, mantendo o propósito de prestar cuidados de saúde de qualidade a toda a população da região Oeste Sul.

Este Centro Hospitalar situa-se no Concelho de Torres Vedras, Distrito de Lisboa, incluído na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde e pertencente ao Sector Público Administrativo tendo como área de influência os Concelhos de Cadaval, Lourinhã, Mafra (somente para as áreas das especialidades de Obstetrícia/Ginecologia e Pediatria), Sobral de Monte Agraço e Torres Vedras, servindo uma população próxima dos 200.000 habitantes (Ministério da Saúde, 2011).

O Serviço de Pediatria do CHTV é composto por quatro áreas de actuação, nomeadamente a Urgência de Pediatria, que inclui uma Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), a Unidade de Internamento (Medicina, Cirurgia Geral, Otorrinolaringologia, e Ortopedia), a Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN) e a Consulta Externa de Pediatria.

3.3.1. Urgência Pediátrica do CHTV

A Urgência Pediátrica localiza-se no piso 0 do CHTV. As instalações desta área de actuação foram inauguradas em Setembro de 2003 e sofreram reestruturações no ano de 2011, devido ao alargamento da idade de atendimento aos adolescentes até aos 17 anos e 364 dias. É composta por três gabinetes Médicos, uma sala de tratamento, uma sala de espera e pela Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD).

O circuito de atendimento da criança, jovem e sua família inicia-se no SU Geral (piso -1), onde é feita a triagem de prioridades de atendimento, utilizando a metodologia da Triagem de Manchester, sendo esta triagem realizada pela equipa de enfermagem do SU Geral.

O método de trabalho é o de Enfermeiro responsável. A organização do trabalho da equipa de enfermagem é estabelecida pelo Enfermeiro chefe ou por quem o substitua (coordenadores de equipa).

O estágio neste Serviço decorreu entre o período de 12 a 16 de Dezembro de 2011 e de 02 a 22 Janeiro de 2012, numa carga horária de 100 horas.

O SU Pediátrica do CHTV sofreu remodelações estruturais e as paredes da sala de espera, do corredor e da sala de tratamentos foram pintadas. O espaço físico da sala de trabalho foi aumentado e foi criado mais um gabinete Médico. A maioria dos enfermeiros utilizam fardas com bonecos. Segundo Diogo (2010, p.130) “as fardas com bonecos e coloridas contribuem para um ambiente seguro e afectuoso. Os achados revelam que através da promoção deste ambiente, as consequências para os clientes são uma experiência de doença e hospitalização mais positiva, pois estes conseguem sentir-se à vontade na relação com os enfermeiros, colocar-lhes as suas dúvidas e estão mais tranquilos”. Ao longo do estágio tive a oportunidade de verificar que as fardas com bonecos também facilitaram a comunicação do enfermeiro com a criança, sendo muitas das vezes utilizada como forma de estabelecer uma relação empática com a mesma. Phaneuf (2004, p.68) refere que a “comunicação cobre um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas, e contribuem para o seu significado”. Uma das técnicas que o enfermeiro tem para comunicar com a criança é o uso da brincadeira, a brincadeira pode

constituir um óptimo mediador de uma relação de confiança entre o enfermeiro e a criança, pois através do brincar ela pode expressar sentimentos, emoções e libertar tensões e frustrações que de outra forma não conseguiria fazer.

Em 2011 recorreram ao SU Pediátrica do CHTV 26.896 crianças e jovens. Em média, nas 24 horas, foram atendidas cerca de 75 crianças e jovens, tendo sido a doença a primeira causa de vinda à urgência, o acidente em local específico – na escola a segunda causa e as quedas acidentais a terceira causa de vinda à urgência. Assim, para poder desenvolver o meu projecto neste local de estágio considerei pertinente pedir autorização ao Conselho de Administração do CHTV para poder consultar e utilizar os dados referentes a crianças e jovens que sofreram uma queda e que recorreram ao Serviço de Urgência. **(Anexo II)**

A consulta dos dados foi realizada através do sistema informático ALERT®, onde foi possível constatar que em 2011, recorreram 1303 crianças e jovens ao SU Pediátrica do CHTV por causa de uma queda acidental, significando isto que, em média, cerca de 4 crianças e jovens sofrem diariamente uma queda, das quais 139 foram encaminhadas para a consulta externa do CHTV, 81 foram transferidas para outra instituição (geralmente devido à gravidade), 37 foram internadas no Serviço de Pediatria do CHTV, as quais sofreram uma fractura e necessitaram de uma intervenção cirúrgica, e os restantes casos tiveram alta para o domicílio ou foram encaminhadas para o Médico de Família. Na mesma linha de pensamento a APSI (2011) divulgou um estudo sobre quedas acidentais, que englobou a análise de dados recolhidos entre 2000 e 2009 por vários organismos (Instituto Nacional de Estatística, Alto Comissariado para a Saúde e Observatório Nacional de Saúde). De acordo com a análise realizada por esta organização, para além das 104 crianças que morreram, aproximadamente 40.000 foram internadas na sequência de uma queda. Isto significa que, em média, cerca de 9 crianças e jovens sofrem diariamente uma queda com consequências graves (*Ibid*). A maior parte das crianças e jovens que morreram e foram internadas na sequência de uma queda são do sexo masculino, sendo que o maior número de mortes se verifica entre os 15 e os 19 anos (24 casos) e o 1 e os 4 anos (19 casos). Os internamentos, por seu turno, ocorrem mais nas crianças mais pequenas, nas faixas etárias dos 0 aos 4 e dos 5 aos 9 anos (*Ibid*). No entanto, não poderia deixar de mencionar que a consulta dos dados no sistema ALERT® foi um processo difícil, devido à diversidade de classificações de causas de vinda à urgência, tendo-me debruçado apenas nas quedas acidentais.

Assim, considero que para a promoção da segurança infantil e juvenil, é fundamental o papel do enfermeiro pela sua acção próxima e activa junto da criança e suas famílias. Desta forma, a educação dos pais e das crianças para a prevenção de quedas deve merecer especial relevo e ser um dos cuidados antecipatórios a colocar em prática, quer nos Cuidados de Saúde na Comunidade, quer nos Cuidados de Saúde Diferenciados.

Apesar de a triagem ser realizada no SU Geral, sempre que é possível o enfermeiro do SU de Pediatria realiza uma «segunda triagem» principalmente nas situações mais graves. Por exemplo, tive a oportunidade de colaborar com a enfermeira na realização da triagem de crianças que apresentassem um quadro de dificuldade respiratória acentuada, em que o enfermeiro encaminhava ou informava da necessidade de alteração da prioridade atribuída na triagem, para que a criança fosse observada o mais rápido possível. Este tipo de situações permitiu-me o desenvolvimento das seguintes competências: “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”, “cuida da criança/jovem nas situações de especial complexidade” e da unidade de competência “reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de Enfermagem apropriados” (Regulamento n.º 123/2011, de 18 de Fevereiro). Segundo Nunes *et al* (2005, p.105) o Código Deontológico refere que “o enfermeiro co-responsabiliza-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento (art.º 83º, alínea a), orientando para outro profissional mais bem colocado para responder ao problema (alínea b), assegurando a continuidade dos cuidados (alínea c)”. Esta realidade permitiu-me reflectir sobre a importância da triagem ser realizada por um enfermeiro da área de Pediatria mas isto implica mais recursos humanos, dos quais o CHTV não dispõe neste momento, devido à actual conjuntura socioeconómica.

A minha colaboração na prestação de cuidados a crianças e jovens em contexto de urgência permitiu-me o desenvolvimento de competências como futura EESIP a nível comunicacional, relacional, científica e técnica, tendo adoptado uma postura autónoma e segura em contexto de urgência, baseada na minha experiência profissional e nos conhecimentos teóricos e científicos aprofundados ao longo deste Mestrado.

Nesse sentido, como iniciei o meu percurso na Urgência Pediátrica do CHTV, o meu trabalho inicial focou-se na sensibilização da equipa de enfermagem para a temática das quedas em ambiente Hospitalar, bem como na implementação de um programa de intervenção de enfermagem na prevenção de quedas em ambiente hospitalar. Realizei uma Sessão de Formação em Serviço intitulada: “Tradução e Validação da Escala *Humpty Dumpty*” para dar a conhecer à equipa de enfermagem o programa que vou implementar no Serviço de Pediatria do CHTV, e *a posteriori* em todo o CHTV. Segundo Hesbeen (2001) os enfermeiros necessitam de formação própria, operacionalizando os conhecimentos adquiridos, muito específicos, que serão, em parte o suporte da sua actividade. **(Apêndice XIII)**

Para avaliar as sessões utilizei o questionário fornecido pelo Centro de Formação do CHTV onde os participantes expressaram a sua opinião relativamente à forma como decorreu a sessão **(Anexo III)**. A seguir, foi realizada a análise e interpretação dos dados. **(Apêndice XIV)**

Esta Sessão de Formação em Serviço contribuiu para o desenvolvimento de competências no domínio da gestão da qualidade, nomeadamente: “desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” e como unidades de competências: “inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade e incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática” (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro). Também permitiu o desenvolvimento das seguintes competências: “concebe, gera e colabora em programas de melhoria continua da qualidade” (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro).

3.3.2. Serviço de Internamento de Pediatria do CHTV

Desde Janeiro de 2011, que o Serviço de Internamento de Pediatria acolhe crianças dos 0 aos 18 anos e em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, acolhe as crianças para além dessa idade. A admissão da criança pode ser através da Urgência de Pediatria, Consulta Externa ou por transferência de outro Hospital. As patologias mais frequentes, distribuídas por especialidades são:

- Pediatria Médica – Bronquiolites, Síndromes de Dificuldade Respiratória, Infecções Respiratórias altas e baixas, Crises Asmáticas, Síndromes Febris e Gastroenterites;
- Pediatria Ortopédica – Luxação Congénita da Anca, dedo em Gatilho, pés Planos Valgos, Fractura dos membros inferiores e superiores;
- Pediatria Cirúrgica – Fimose, Apendicites, Adenoamigdalites, Adenoidites, Amigdalites e Otites.

O Hospital, actualmente, tem como principal objectivo promover a qualidade dos cuidados e a segurança do doente, exigindo novas formas de avaliação da sua eficácia. Assim, a segurança dos doentes surge como uma prioridade máxima e é vista como um paradigma da qualidade dos cuidados de saúde.

A equipa de enfermagem do Serviço de Pediatria, seguindo essa linha de cuidados, verificou a necessidade de promover uma cultura de segurança no Serviço e eu, em resposta a essa mesma necessidade e por ser uma área do meu interesse considerei pertinente desenvolver um “Programa de Intervenção de Enfermagem na Prevenção de Quedas na criança e no jovem em Ambiente Hospitalar”. Isto deveu-se ao facto de, como já explicitiei, as quedas serem um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem, um factor de preocupação das instituições de saúde e a prevenção das mesmas serem consideradas um foco sensível nos cuidados de enfermagem.

A elaboração de um Programa de Prevenção de quedas é, assim, imperativo para explorar e descrever as linhas orientadoras para a avaliação do risco de queda na população pediátrica, bem como, uma oportunidade para desenvolver intervenções eficazes na segurança das crianças de alto risco como objectivo de reduzir o risco de queda e respectivos danos (Harvey *et al*, 2010).

Desde o início fui confrontada com uma dificuldade quando estava a realizar o projecto de estágio relacionada com a inexistência de uma ferramenta de avaliação do risco de quedas ajustada à idade pediátrica, pois apenas verifiquei a existência de escalas de monitorização de quedas para a população adulta, validadas para a população portuguesa e não adaptadas à população infantil. Realizei, então, pesquisa na EBSCO (CINAHL, MEDLINE), tendo privilegiado os artigos publicados nos últimos 10 anos, e deparei-me com um artigo referente a um Programa de Intervenção de Enfermagem desenvolvido pelo *Miami Children's Hospital* em que validaram uma escala de avaliação do risco de quedas em Pediatria designada de *Humpty Dumpty Falls Scale*.

De seguida por considerar que esta escala poderia ser útil para o meu projecto e para a população Portuguesa, entrei em contacto com uma das autoras deste Programa por *email*, que me respondeu, comunicando a necessidade de pagar a licença para poder utilizar a escala. Tive conhecimento que esses custos já haviam sido pagos pela Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pelo que poderei aplicar a escala no Serviço onde trabalho (a licença foi autorizada pela autora Hill-Rodriguez). **(Anexo IV)**

O referido pagamento decorria de uma enfermeira do HDE (Enfermeira Nilda Caldeira) estar a validar a escala de avaliação de risco de quedas (*Humpty Dumpty Falls Scale*) no âmbito do seu Mestrado em Gestão de Enfermagem (Enfermeira Nilda Caldeira). Foi então que me deparei com uma situação que não estava prevista no meu projecto de estágio, a minha colaboração com esta colega no processo de validação e adaptação transcultural da escala.

A Escala *Humpty Dumpty* é uma ferramenta de avaliação de risco de queda em crianças e jovens hospitalizados, constituída por sete itens: idade; sexo; diagnóstico; deficiências cognitivas; factores ambientais; reacção a cirurgia/sedação/anestesia e consumo medicamentoso. Cada item tem uma pontuação mínima e máxima, cujo resultado varia entre um mínimo de 7 e máximo de 23. Deste modo, o resultado obtido encontra-se definido em dois padrões de risco com um protocolo de segurança subjacente, ou seja, padrão de baixo risco (resultado 7-11) e padrão de elevado risco (resultado de 12 e superior) **(Anexo V)**. Harvey *et al* (2010, p.539) realizaram um estudo em que utilizaram a

escala *Humpty Dumpty* e referem que “a escala *Humpty Dumpty* identificou correctamente o elevado risco de queda na nossa amostra”.

A escala de avaliação do risco de queda tem como objectivos: identificar o nível de risco de queda na criança e no jovem, actuar consoante o nível de risco, prevenir possíveis quedas e aumentar a segurança da criança e do jovem. É muito importante o desenvolvimento de práticas seguras e de alta qualidade utilizando instrumentos testados, pois é um grande desafio para a gestão de enfermagem em Unidades Pediátricas (Harvey *et al*, 2010).

Tendo esta escala sido validada e dirigida à população de Miami e redigida originalmente na língua inglesa, foi necessário garantir a sua correcta validação para a população Portuguesa, pelo que foi necessário realizar a tradução da mesma (a colega do HDE entregou a escala a dois tradutores diferentes para verificar se havia diferenças na sua tradução e compreensão). Segundo Fortin (2009, p. 397) “a tradução deve ser feita pelo menos por dois tradutores independentes. Um traduz o instrumento na língua de chegada, o outro retraduz o texto na língua de partida”. A mesma autora (2009, p.361), citando Hccoun (1987) e Vallerand (1989) refere que “as duas versões (original e retroversão) são de seguida comparadas e corrigidas até que sejam julgadas plenamente satisfatórias”, pois a tradução inversa tem o mérito de eliminar as falhas de tradução.

No entanto, na tradução de uma escala de medida, de uma língua para a outra, altera-se a fidelidade e validade da mesma (Fortin, 2009). Ribeiro (1999, p.112) refere que “o essencial para qualquer medição ser precisa é, primeiro, que meça o que se pretende medir e não outro aspecto diferente ou parecido (validade) e, segundo, que se a medição for repetida, nas mesmas condições, com os mesmos respondentes, o resultado encontrado seja idêntico (dentro de um erro aceitável) (fidelidade)”.

Para iniciar o processo de tradução da escala e validação e garantir os princípios éticos inerentes ao processo de investigação, foi realizado um pedido formal dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do CHTV no sentido de obter a sua autorização para a implementação do estudo e a aplicação do instrumento de colheita de dados.
(Anexo VI)

Para a recolha dos dados será necessária a colaboração de toda a equipa de enfermagem do Serviço de Pediatria do CHTV. Nesse sentido, terei de desenvolver uma Sessão de formação em Serviço para dar a conhecer o estudo e a metodologia de aplicação da escala, assim como esclarecer dúvidas com ela relacionadas.

Os programas de qualidade em serviços de Saúde visam promover a qualidade do ambiente, o controle dos riscos, bem como a observância dos padrões de conformidade, na perspectiva de melhoria do desempenho da organização, com foco na segurança do indivíduo (Lima, Leventhal & Fernandes, 2008).

A Gestão do risco é um dos vários sistemas ou processos organizacionais que pretendem a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, que se preocupa principalmente com a criação e manutenção de sistemas de cuidados seguros (DGS, 2011). A gestão do risco é todo o processo de identificação, análise e controle (Lima, Leventhal & Fernandes, 2008).

Devem prevenir-se os riscos, identificando-os, analisando a origem e propondo acções preventivas. A análise dos riscos tem como objectivo estimar factores que interferem na segurança e os potenciais danos que os mesmos podem causar ao indivíduo; tais avaliações servem de subsídios para controle e prevenção dessa exposição (Lima, Leventhal & Fernandes, 2008).

A monitorização de quedas deve ser uma prioridade para se atingir a qualidade nos cuidados de enfermagem (Donaldson, Brown, Aydin, Bolton e Rutledge, 2005, citados por *Continuing Nursing Education Series*, 2009). Elaborei uma folha de registo de incidente de queda do doente para, desta forma, monitorizar o indicador das “quedas” de crianças e jovens Hospitalizados. A elaboração deste instrumento de registo teve por base uma pesquisa bibliográfica – o relatório técnico da DGS sobre a Estrutura Conceptual da classificação Internacional sobre Segurança do doente, bem como a consulta do Sistema de Relato de Incidentes Electrónico do Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE.

(Apêndice XV)

Este instrumento de registo tem como objectivo identificar as causas e os factores envolvidos na queda, implementar medidas de prevenção de quedas e avaliar a eficácia das estratégias implementadas. Morse (2009) refere que, quando ocorre a queda de um doente, se deve preencher a folha de notificação de queda e registar as circunstâncias e

os acontecimentos que estiveram à volta do incidente. Segundo a mesma autora (2009, p.94) deve-se “obter o máximo de informação possível, através do doente e de testemunhas sobre a causa da queda”. Na mesma linha de pensamento, Almeida *et al* (2010, p.169) referem que se “ocorrer uma situação de queda, torna-se relevante uma correcta caracterização retrospectiva do incidente, através da recolha do maior número de dados possíveis, de forma a haver uma reestruturação contínua das medidas de prevenção”. Os mesmos autores (*Ibid*) mencionam que “esta análise sistemática e minuciosa permitirá adequar intervenções e medidas preventivas. Para que todo o processo seja possível é imprescindível a notificação da ocorrência de quedas em meio hospitalar”.

Como forma de documento interno, elaborei a norma de actuação de enfermagem no processo de registo de incidente de queda do doente, de forma a servir de guia de orientação para a equipa de enfermagem. **(Apêndice XVI)**

A implementação de um protocolo de prevenção de quedas do doente deve incluir a avaliação do risco de quedas em doentes pediátricos, pois permitirá a redução da incidência de quedas o que será importante para a segurança do doente (Hill-Rodriguez *et al*, 2009). Daí a pertinência da elaboração de uma norma para a aplicação da escala *Humpty Dumpty*, pois a utilização desta ferramenta pode auxiliar e orientar os enfermeiros no planeamento e prestação de cuidados seguros e permitir cuidados antecipatórios aos pais ou cuidadores informais, de forma a promover a saúde (Hill-Rodriguez *et al*, 2009). **(Apêndice XVII)**

Além de tudo o que já foi dito, o enfermeiro deve estar atento ao estadio de desenvolvimento da criança ou do jovem. Por isso, é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimentos nesta área para poder intervir de forma adequada. Também deve identificar a criança ou o jovem especialmente vulnerável ou que esteja sujeito a vários factores de risco. Nesta situação, o enfermeiro deve intervir precocemente e capacitar as famílias para a necessidade de elevar o seu nível de segurança. Neste contexto, o seu papel é essencial no acompanhamento, orientação, aconselhamento e apoio da criança, do jovem e família, com o objectivo de promover a saúde prevenindo possíveis quedas. Hesbeen (2001, p. 33) refere que “os enfermeiros são profissionais que cuidam, cuja arte é complexa, subtil e enraizada num profissionalismo que não se manifesta apenas através

dos actos praticados, mas também através da capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles para conseguirem uma saúde melhor”.

Realizei uma sessão de formação em Serviço intitulada: “Tradução e Validação da Escala *Humpty Dumpty* – Doentes Hospitalizados” a toda a equipa de enfermagem com o objectivo de sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a temática das quedas em Ambiente Hospitalar, bem como sensibilizar para a importância da colaboração dos mesmos na implementação e validação da ferramenta de avaliação do risco de queda *Humpty Dumpty*. Segundo Almeida *et al* (2010, p.171) “a formação, por seu lado, poderá ser um instrumento de promoção e fortalecimento de um ambiente de segurança, através da co-responsabilização profissional e da criação e utilização de *guidelines* de prevenção no seio das equipas cuidadoras **(Apêndice XVIII)**. Para avaliar as sessões, utilizei o questionário do Centro de Formação do CHTV onde os participantes expressaram a sua opinião relativamente à forma como decorreu a sessão **(Anexo III)**. A seguir, realizei a análise e interpretação dos dados. **(Apêndice XIX)**

Cooper & Nolt (2007) desenvolveram um Programa de Prevenção de Quedas no Hospital Pediátrico da Califórnia Central, em que colocaram em todos os Serviços do Hospital um poster com o objectivo de informar os doentes e as famílias sobre o plano do Hospital para impedir as quedas do doente hospitalizado. Na mesma linha de pensamento, Hill-Rodriguez *et al* (2009) elaboraram no *Miami Children’s Hospital* uma *Teaching Tool*, que colocaram em todos os serviços do Hospital. Assim, com esse objectivo elaborei um poster intitulado: “Criança Segura no Serviço de Pediatria do CHTV”. **(Apêndice XX)**

A monitorização de quedas é fundamental para direccionar as intervenções de enfermagem com vista a uma melhor prática de cuidados. O grande desafio envolve também a educação dos pais/família/cuidadores informais, das crianças e de todos os profissionais de saúde. Cooper & Nolt (2007) referem que desenvolveram e distribuíram panfletos para incentivar o envolvimento dos pais como parceiros da equipa de enfermagem, de forma a ajudarem a diminuir o risco de queda do seu filho. Para facilitar a intervenção de enfermagem elaborei um panfleto destinado aos pais, familiares ou pessoa significativa das crianças e jovens internados no Serviço de Pediatria, intitulado: “Recomendações para a Prevenção de Quedas de Crianças e Jovens internados no Serviço de Pediatria”. Este panfleto foi elaborado, tendo por base uma pesquisa

bibliográfica e foi apresentado à Professora Orientadora, à Enfermeira Orientadora do Estágio e ao Enfermeiro Chefe do Serviço e explica aos familiares, de forma resumida, os cuidados que devem ter (em relação ao seu filho) no Serviço de Pediatria, de forma a sensibilizá-los e capacitá-los para a problemática das quedas em ambiente hospitalar.

(Apêndice XXI)

O art.º 7.º da Carta da Criança Hospitalizada refere que “o Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança” (Instituto de Apoio à criança, 2002). Por isso, cabe-nos a nós, enfermeiros, proporcionar um ambiente seguro, através da avaliação das condições físicas e ambientais do serviço e implementando medidas de segurança, de forma a promovê-la a segurança e a prevenir as quedas da criança e do jovem hospitalizados.

No hospital, os equipamentos que podem colocar o doente em risco de queda devem ser verificados regularmente por pessoal qualificado. No entanto, segundo Morse (2009), alguns equipamentos que são usados diariamente como, por exemplo, as cadeiras de rodas podem cair no esquecimento e não ser verificadas com tanta regularidade. Daí ser importante avaliar regularmente as condições do equipamento do Serviço, motivo pelo qual elaborei uma *Checklist* da Segurança do equipamento, tendo tido por base a *Checklist* desenvolvida pela autora, a qual se encontra disponível no livro da mesma (Morse, 2009, p. 38,39). **(Apêndice XXII)**

Como documento interno elaborei a norma de actuação sobre a verificação da segurança do equipamento visto que, segundo Morse (2009, p. 37), “é importante que a verificação da segurança do equipamento seja avaliada regularmente, e que a responsabilidade pela condução do inquérito seja atribuída a um membro da equipa em particular”, neste caso serei eu a enfermeira dinamizadora deste Programa. **(Apêndice XXIII)**

Segundo Almeida *et al* (2010, p.169) “a prevenção das quedas deve beneficiar da investigação, da formação dos profissionais sobre o risco de quedas nos doentes hospitalizados e, ainda, da criação de *guidelines* de prevenção sistematizados e monitorizáveis deste tipo de acidentes”. Na mesma linha de pensamento, Hendrich (2006), citado por Almeida *et al* (2010, p.171), afirma: “o desenvolvimento de um

programa efectivo de prevenção de quedas requer, assim, um trabalho conjunto de todos na contínua criação e actualização de *guidelines* de boas práticas em cada unidade, pelo seu carácter específico”. Assim, considerei pertinente a elaboração de um Guia Orientador de Boas Práticas para a prevenção de quedas na criança e no jovem hospitalizados. Este Guia teve por base as recomendações da OE (2007) para a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados. **(Apêndice XXIV)**

A implementação deste programa de intervenção de enfermagem no meu local de trabalho contribuiu para o desenvolvimento das seguintes competências:

- “Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro).
- “Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” e como unidades de competências: “inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade e incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática” (*Ibid*).
- “Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” (*Ibid*) e como unidades de competências: “planeia programas de melhoria contínua e lidera programas de melhoria” (*Ibid*).
- “Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” e das seguintes unidades de competências: “promove um ambiente físico gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo e gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais” (*Ibid*).
- “Adapta a lidera e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados” (*Ibid*).
- “Baseia a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” e das seguintes unidades de competências: “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade e suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento na área da especialidade” (*Ibid*).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática “Promover um Ambiente Seguro em contexto Pediátrico para a Prevenção de Quedas na Criança e no Jovem em Ambiente Hospitalar” foi transversal aos diferentes campos de estágio, pelo que foi pertinente reflectir sobre a prática dos cuidados de enfermagem, neste percurso de aprendizagens e reflexões constantes, tendo desenvolvido actividades que contribuíram para o desenvolvimento de competências como futura EESIP para a melhoria dos cuidados em enfermagem, tendo-me sustentado na filosofia dos cuidados centrados na família e no Modelo de Adaptação de Roy.

Sendo o nosso foco a promoção da segurança do doente e, especificamente, a prevenção das quedas em ambiente Hospitalar, constitui-se assim como um desafio para os enfermeiros, devendo estes profissionais de saúde assumir uma atitude proactiva ao nível da investigação, formação e implementação de medidas preventivas. Esta responsabilização profissional na melhoria da qualidade dos cuidados será assim um importante contributo no caminho para a excelência do cuidar (Almeida *et al*, 2010).

Um dos meios de que o enfermeiro dispõe para demonstrar o valor social da sua profissão e o impacto do seu trabalho na qualidade de vida dos cidadãos é a utilização de instrumentos fidedignos, de monitorização e avaliação da sua prática. Deste modo, espero que a implementação do Programa de Intervenção de Enfermagem na Prevenção de Quedas de crianças e jovens em ambiente hospitalar contribua para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem, prestados no âmbito da Saúde Infantil e Pediatria, bem como na obtenção de ganhos em saúde.

Este Relatório foi crescendo a partir da satisfação das necessidades formativas que foram surgindo. Ele contribuiu também para desenvolver a base das competências necessárias ao desenvolvimento pessoal e profissional, devido à necessidade de reflexão e articulação dos conhecimentos teóricos na e com a prática, apurando, e muito, o sentido de responsabilidade relativamente à minha própria formação. As actividades foram planeadas com o objectivo de atingir e desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e, tornou-se, um importante elemento de reflexão e de formação, porque aprender a pensar é o grande passo para a requalificação da aprendizagem, que se projectará na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança, ao jovem e família.

Considero ter atingido os objectivos deste Relatório, no entanto parece-me importante referir que ao longo da realização do mesmo tive algumas dificuldades, devido à sobrecarga semanal com a carga horária laboral e de estágio, dificuldade esta que consegui ultrapassar com a minha organização e empenho relacionados com o prazer em adquirir novas competências e novas experiências de aprendizagem com este percurso formativo.

A participação em pesquisas, leitura e análise dos artigos publicados, aplicação dos resultados de pesquisa na prática profissional, a utilização de um projecto de pesquisa são percursos que eu pretendo ter no futuro para melhorar a prestação de cuidados para a tomada de decisão na prática de enfermagem.

O desfecho deste relatório é o fim de um percurso de estágio e simultaneamente o recomeço de um percurso profissional, mais enriquecido com as competências de EESIP desenvolvidas. É o princípio de novas propostas para projectos futuros com vista a um pleno desenvolvimento pessoal e profissional.

Assim, este relatório é o início de um caminho a percorrer no campo da investigação em enfermagem relativamente ao processo de validação do instrumento de avaliação do risco de quedas *Humpty Dumpty*, bem como na necessidade de um acompanhamento e avaliação das práticas preventivas implementadas. Estou consciente que existe ainda um grande percurso a desenvolver, de forma a constituir uma prática baseada na evidência científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida, R., Abreu, C., Mendes, A. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 2, 163-172. ISSN 0874-0283.
2. Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2011). *Resumo do Relatório – Quedas em Crianças e Jovens*, Recuperado em 2011, Julho 07, de http://www.apsi.org.pt/24/apsi_relatorio_digital.pdf.
3. Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2011). *Quedas matam mais de 100 crianças*, Recuperado em 2011, Julho 07, de <http://www.apsi.org.pt/index.php>.
4. Associação para Prevenção da Segurança Infantil (2010). *Vale a Pena Crescer em Segurança* (12.^a ed.).
5. Barbier, J. (1993). *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora Lda. ISBN- 972-0-34106-8.
6. Batista, A., Videira, C., Ramos, S, Costa, C. (2004). A Criança, o Hospital e o Brincar. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 9, 3-13. ISSN 0874-7695.
7. Brazelton, T., & Cramer, B. (1992). *As Primeiras Relações* (1.^a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
8. Casey, A. (1993). Development and Use of Partnership Model of Nursing Care. Em E. A. Glasper & A.Tucher, *Advanced in Child Health Nursing*. London: Scutari.
9. Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica: volume 2 Estratégias de intervenção*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-21-5.
10. Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: volume 1 os fundamentos da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-05-5.
11. Conferência Internacional para a Promoção da Saúde 1, Ottawa, (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Canadá [Ottawa]: OMS.

12. Conselho Internacional de Enfermeiras (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP) Versão 2*. Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN: 978-92-95094-35-2.
13. Continuing Nursing Education Series (2009). Pediatric falls: state of science. *Pediatric Nursing*, 35 (4), 227-231.
14. Cooper, C., & Nolt, J. (2007). Development of an evidence-based pediatric fall prevention program. *Journal of Nursing Care Quality*, 22 (2), 107-112. Retrieved from EBSCOhost.
15. Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril.
16. Dias, M. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: contributo para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de Licenciado* (1.ª ed.). Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-14-3.
17. Diogo, P. (2010). *Metamorfose da Experiência no Acto de Cuidar: o Processo de uso Terapêutico das Emoções em Enfermagem Pediátrica*. Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.
18. Diogo, P., Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade do Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Revista Pensar em Enfermagem*, 14 (1), 24-37. ISSN 0873-8904.
19. Direcção-Geral da Saúde (2011). *Estrutura Concetual da classificação Internacional sobre Segurança do doente*. Relatório Técnico. Recuperado em 2012, Janeiro 20, de <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0>.
20. Direcção-Geral da Saúde (2011). *Plano Nacional de Acreditação – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde* (1.ª ed.). ISBN 978-972-675-193-9. Recuperado em 2012, Janeiro 20, de <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0>.
21. Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-8075-18-5.

22. Galamba, C. (2007). *Noticias: Boletim Informativo do Hospital de Nossa Senhora do Rosário EPE*. Recuperado em 2011, Dezembro 28, de http://www.chbm.minsaude.pt/DownloadsHSA/HNSR/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20e%20Imagem/Pulica%C3%A7%C3%B5es%20Online/Not%C3%ADcias_Dezembro_07.pdf.
23. Gaspar, I., & Westwood, I. (2010). *Dia mundial do doente*. Recuperado em 2011, Junho 15, de http://www.hsfxavier.minsaude.pt/Downloads_HSA/HSFX/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20e%20Imagem/Jornal%20do%20Centro/2010/jornal47.pdf.
24. Haiat, H., Bar-Mor, G., Shochat, M. (2003). The World of the Child: A World of play Even in the Hospital. *Journal of Pediatric Nursing*, 18 (3), 209-214.
25. Harvey, K., Kramlich, D., Chapman, J., Parker, J., Blades, E. (2010). Exploring and evaluating five Paediatric falls assessment instruments and injury risk indicators: an ambispective study in a tertiary care setting. *Journal of Nursing Management*, 18 (5), 531-541. Retrieved from EBSCOhost.
26. Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-20-7.
27. Hill-Rodriguez, D., Messmer, P.R., Willams, P.D., Zeller, R.A., Williams, A.R., Wood, M., Henry, M. (2009). The Humpty Falls Scale: A Case-Control Study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14 (1), 22-32. Retrieved from EBSCOhost.
28. Hockenberry, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7.^a ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora. ISBN 85352-1918-8.
29. Instituto de Apoio à Criança (2002). *Carta da criança hospitalizada*. Recuperado em 2011, Fevereiro 22, de <http://www.iacrianca.pt/carta-da-crianca-hospitalizada>.
30. International Quality Indicator Project (2005). *Indicator 13: falls*. Recuperado em 2011, Junho 15, de <http://www.internationalqip.com/>.

31. Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança. (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-79-7.
32. Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (2002). *El pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson. ISBN 84-158-0365-4.
33. Lima, L., Leventhal, L., Fernandes, M. (2008). Identificando os riscos do paciente hospitalizado. *Einstein*, 6 (4), 434-438. Recuperado em 2011, Outubro 15, de <http://apps.einstein.br/REVISTA/arquivos/PDF/992Einsteinv6n4port434-438.pdf>.
34. Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (3.^a ed.). Philadelphia: Lippincott.
35. Ministério da Saúde (2011). *Portal da saúde*. Recuperado em 2012, Dezembro 04, de <http://www.min-saude.pt/Portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=220>.
36. Ministério da Saúde (2006). *Camas hospitalares para uso na população pediátrica: Potencial risco de entalamento*. Circular Informativa nº 013/CA. Lisboa: Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento.
37. Ministério da Saúde (2005). *Saúde Infantil e Juvenil - Programa-tipo de Actuação* (2.^a ed.). Orientações técnicas 12. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN 972-675-084-9.
38. Morse, J. (2009). *Preventing Patient Falls: Establishing a fall Intervention Program* (2.^a Edition). New York: Springer Publishing Company, LLC. ISBN 978-0-8261-0389-5.
39. Nightingale, F. (2005). *Notas sobre Enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-92-4.
40. Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2.
41. Organização Mundial de Saúde (2010). *OMS destaca quedas como segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional no mundo*. Recuperado em 2011, Março 28, de <http://www.enfermagemppt.org/2010/09/oms-destaca-quedas-como-segunda.html>.

42. Ordem dos Enfermeiros (2011). *Proposta dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Recuperado em 2012, Janeiro 20, de https://membros.ordemenfermeiros.pt/assembleiascolegiosespecialidade/Documents/MCEESIP_proposta_PadroesQualidade_15Jul2011_VF.pdf.
43. Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Caderno temático. Lisboa.
44. Ordem dos Enfermeiros (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®*. ISBN 978-989-96021-6-8.
45. Ordem dos Enfermeiros (2007). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Entrevista ao Adolescente e Promover o desenvolvimento Infantil na Criança (Volume I)*. Cadernos OE. ISBN 978-989-8444-00-4.
46. Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de Posição sobre a Segurança do Cliente*. Conselho Jurisdicional da OE.
47. Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: OE.
48. Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Caderno temático. Lisboa.
49. Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação* (1.^a ed.). Lisboa: Lusociência. ISBN 978-972-8383-84-8.
50. Payson, C. & Haviley, C. (2007). *Patient Falls Assessment and Prevention*. Global Edition. ISBN: 978-1-60146-078-3. Recuperado em 2011, Março 15, de http://www.hcmarketplace.com/supplemental/3663_browse.pdf.
51. Razmus, I., Wilson, D., Smith, R., Newman, E. (2006). Falls in hospitalized children. *Pediatric Nursing*, 32 (6), 568-72. Retrieved from EBSCOhost.
52. Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro.

53. Regulamento n.º 123/2011, de 18 de Fevereiro.
54. Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (1.ª ed.). Lisboa: CLIMEPSI Editores. ISBN 972-8449-44-5.
55. Rodrigues, M., Pereira, A., Barroso, T. (2005). *Educação Para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-52-2.
56. Roper, N., Logan, W., Tierney, A. (2001). *O Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: CLIMEPSI Editores. ISBN 972-796-013-8.
57. Roy, C., & Andrews, H. (1981). *Teoria de Enfermagem – O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 972-771-175-8.
58. Saraiva, D., Louro, I., Ferreira, L., Batista, P., Pina, S. (2008). Quedas indicador da qualidade assistencial. *Revista Nursing*, 235, 28-35. ISSN 0871-6196.
59. Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55 (1-2), 11-20. ISSN 0871-2379.
60. Teixeira, J., Camargo, F., Tronchin, D., Melleiro, M. (2006). A elaboração de indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem nos períodos puerperal e Neonatal. *Revista Enfermagem. UERJ*.14 (2). Versão electrónica. Recuperado em 2011, Abril 18, de <http://www.webartigos.com>.
61. Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.ª ed.). Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.
62. Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.
63. World Health Organization (2004). *World report on Child injury prevention*. Recuperado em 2011, Março 28, de http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/en/.

64. World Health Organization (2007). *WHO Global Report on falls prevention in older age*. ISBN 9789241563536. Recuperado em 2011, Março 15, de http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf.
65. Zeichner, K. (1993). *A Formação reflexiva de professores: Ideias e práticas*. Lisboa: Educa.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Panfleto: “Recomendações para a Prevenção de Quedas de Crianças e Jovens internados na Unidade de Adolescentes”

Os Familiares e visitantes podem ajudar a evitar quedas fazendo o seguinte:

- Permanecer com a criança ou jovem se necessário.
- Informar a enfermeira sobre qualquer alteração de comportamento ou de pensamento da criança ou do jovem.
- Informar a enfermeira se a criança ou jovem referir tonturas, visão turva, fraqueza ou qualquer outro sintoma.
- Manter o caminho livre dentro do quarto da criança ou do jovem.
- Deixar a cama na posição mais baixa ao sair do quarto e com grades elevadas.
- Informar a enfermeira sempre que se ausentar de perto da criança ou do jovem.



ATENÇÃO !!!

- Criar um ambiente seguro não é “fechar a criança a sete chaves” ou mantê-lo “numa redoma”. A criança 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 à criança ou jovem.

CONTACTOS

Associação para a Promoção da Segurança Infantil
Vila Berta, 7-r/c Esq. - 1170-400 Lisboa
Telf. 218 844 100 Fax: 218 844 109
apsi@apsi.org.pt - www.apsi.org.pt

Saúde 24/Dói-dói, trim-trim
Telf. 808 24 24 00
www.saude24.pt

Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE — Hospital Dona Estefânia
Rua Jacinta Marto 1169-045 Lisboa
Telf. 213126600 Fax: 213126667
sec.adm.hde@chlc..min-saude.pt

Realizado por: **Leticia Libânia Dos Santos**

Aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Textos e imagens adaptados de:

- http://www.clipartof.com/gallery/clipart/wheelchair_race.html
- [http://1.bp.blogspot.com/_1NvyZCk5AVE/SIIH6EhwylI/AAAAAAAAAAK/dn39Q6CF1g/S220/Logo%2BBSK%2BBrasil%2B2006%2B\(pequeno\).jpg](http://1.bp.blogspot.com/_1NvyZCk5AVE/SIIH6EhwylI/AAAAAAAAAAK/dn39Q6CF1g/S220/Logo%2BBSK%2BBrasil%2B2006%2B(pequeno).jpg)
- <http://www.night-lights.net/>
- <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:ParentChildIcon.svg>
- <http://www.goldenoptometric.com/our-promotions.php>
- <http://thepaganhousehold.com/wp-content/uploads/2011/05/children-playing.jpg>
- <http://www.ciker.com/clipart-3584.html>
- **Anime seu espaço.com**
- Associação para a Promoção de Segurança Infantil
- **HOCKENBERRY, Marily J. (2006) - Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, 7ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora. ISBN 13:978-0-323-02593-5.**

HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA

RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE QUEDAS DE CRIANÇAS E JOVENS INTERNADOS NA UNIDADE DE ADOLESCENTES





Recomendações



Na Unidade de Adolescentes há uma equipa de profissionais constantemente preocupados com a segurança do seu filho, durante o internamento.

Proporcionar um ambiente seguro para a criança e jovem é uma das metas da equipa de Enfermagem.

Assim sendo, acreditamos que a prevenção de quedas é uma responsabilidade que cabe a todos nós.



É importante avisar a enfermeira que está responsável pelo seu filho, sempre que este estiver em risco de queda ou se ele:

- Caiu recentemente
- Seja propenso a magoar-se
- Refere tonturas ou visão turva
- Tem fraqueza ou perda de equilíbrio
- Usa aparelhos ortopédicos, tais como canadianas ou andarilhos.

Com o objectivo de evitar quedas no hospital, aconselha-se os pais/ família/ pessoa significativa a atender às seguintes recomendações:

- Puxar sempre as grades da cama para cima, mesmo durante o sono;
- Verificar sempre se foi accionado o travão e se este ficou bem preso;
- Não deixar a criança ou o jovem com risco de queda sozinho, em cima da cama, nem por um segundo;



- Colocar a cama numa posição baixa, com o intuito de permitir maior autonomia da criança e do jovem;
- Ter próximo da criança ou jovem os óculos, aparelhos auditivos, dispositivos de marcha, a garrafa de água ou outros bens pessoais, para facilitar o acesso da criança ou jovem aos mesmos;
- Não esquecer de travar a cadeira de rodas se for o caso, quando estiver parado;
- Manter o corredor da enfermaria desimpedido;

- Calçar à criança ou jovem sapatos anti-derrapantes e completamente fechados atrás, bem justos sobre os pés, para evitar tropeçar e escorregar;
- Não permitir que a criança ou jovem se coloque em cima do suporte de soros;
- Não permitir que a criança ou jovem corra no serviço, nem brinque em áreas não permitidas;



- Supervisionar a criança ou jovem enquanto brinca na sala de actividades, pois a criança ou jovem podem tropeçar ou pisar em brinquedos desarrumados;
- Ter atenção ao piso molhado por derrame accidental, de líquidos ou aquando da limpeza do pavimento ou zona de banhos;
- Deixar luz de presença acesa durante a noite, em caso de necessidade, para permitir maior visibilidade.

APÊNDICE II – Reflexão no Estágio da UCIN

REFLEXÃO NO ESTÁGIO DA UCIN

Num certo dia, durante a passagem do turno da manhã, foi referido que tinha dado entrada na noite um prematuro de 30 semanas e três dias com 34 dias de vida, transferido da Maternidade Alfredo da Costa com o diagnóstico de enterocolite necrosante com perfuração intestinal, que tinha ido ao bloco operatório às 4h da manhã e que a colega já o tinha ido buscar na incubadora de transporte e que deveria estar a chegar a qualquer momento. Depois da passagem de turno eu e a minha orientadora fomos prestar os cuidados de enfermagem pós-cirúrgicos ao bebé. O bebé apresentava-se ventilado, sedado, com cianose generalizada. O penso cirúrgico na região abdominal apresentava-se limpo e seco, a sonda vesical funcionante, mas com hematúria e com sonda nasogástrica em drenagem activa.

De seguida, eu e a minha orientadora fomos informar os pais sobre a situação clínica do bebé, que a cirurgia tinha corrido bem e que de momento o bebé se encontrava estável e levámo-los para junto do seu filho. Quando chegamos ao pé do bebé o sentimento de esperança era visível no rosto daqueles pais, e também na própria equipa de enfermagem. O bebé estava bem em termos clínicos, hemodinamicamente estável, apenas apresentava cianose generalizada, sinal de má perfusão que a minha orientadora explicou que era pelo facto de o bebé se encontrar frio, que aquecendo ele iria ficar melhor. Para Chalifour (2008), a esperança pode definir-se como sendo a crença que as intervenções em decurso terão os resultados esperados. Os seus efeitos são por isso múltiplos: alívio do sofrimento moral, cura, mudança de um comportamento (...).

A seguir os pais tocaram no bebé e observavam com muita atenção e até referiram que já sabiam o que era aquilo tudo, porque o filho já tinha passado por aquilo tudo quando nasceu há um mês atrás. Passado uma hora a minha orientadora sugeriu aos pais irem para casa descansar, pois eles tinham tido uma noite em branco e eles concordaram.

Às 11h50 parecia um pesadelo tornado realidade. O bebé começou a fazer bradicardias e toda a equipa dava o seu melhor para salvar esta vida. Na azáfama da administração de medicamentos de reanimação e consequentes manobras, os meus olhos postos no monitor cardio-respiratório, na esperança de surgir traçado cardíaco. Mas o pior aconteceu, os médicos não auscultavam nada e foram paradas manobras de reanimação e foi assumido pela equipa médica, que mais nada podia ser feito pela vida do bebé.

Parecia que uma nuvem negra se tinha abatido definitivamente sobre a vida deste pequeno ser. O primeiro impacto é de não aceitação da realidade. Pensei para mim mesma “Não pode ser verdade, isto não está a acontecer”. Esta negação da verdade é muitas vezes uma defesa inconsciente, perante uma situação de perda. O choque e a descrença são também sentimentos vivenciados pelos enfermeiros, é uma reacção imediata perante uma situação traumática e profundamente stressante. Naquele momento senti-me impotente e incrédula “Como pode isto acontecer e como foi totalmente impossível salvar esta vida?”.

De seguida a Neonatologista telefonou aos pais a informá-los do que tinha acontecido, enquanto a minha enfermeira orientadora procedeu ao baptismo do bebé, algo que me impressionou imenso. A seguir foram prestados os cuidados ao bebé pós-morte e vestiu-se o bebé para os pais se poderem despedir dele. Quando os pais chegaram à Unidade banhados em lágrimas, fiquei com a sensação que parecia que as suas lágrimas eram a sua única forma de protesto contra este pesadelo, que estavam a vivenciar. A Neonatologista explicou os pormenores do que aconteceu aos pais e a mãe de seguida tira o bebé da incubadora e abraça-o dizendo: “ainda ontem estive contigo ao colo vivo e agora já me abandonaste” e desatou a chorar. Usei o toque terapêutico no ombro da mãe como forma de mostrar que eu estava ali para dar apoio, mas não fui capaz de dizer nada, mas o Senhor Padre disse umas palavras lindas que nos aqueceu o coração a todos naquela sala, não consegui decorar só sei que me senti muito mais leve. Acredito sinceramente que para aquela mãe não existia conforto possível naquele momento, o desespero e a angústia superavam qualquer sentimento. A minha orientadora perguntou-lhe se existia alguma coisa que pudesse fazer por ela. Ela simplesmente respondeu “Não obrigado”. Segundo Chalifour (2009) o luto é sempre penoso e doloroso. A este sofrimento do luto, é possível consignar uma vertente negativa em todas as inibições e restrições que a pessoa de luto se impõe ou que lhe são impostas e uma vertente mais directa, a dor psicológica, o desgosto, a aflição.

Perante uma situação tão marcante como esta, é impossível não reflectir perante a nossa actuação de cuidados e como nós enfermeiros gerimos os nossos próprios sentimentos perante a morte pediátrica. Watson (2002) defende que o envolvimento emocional na prática dos enfermeiros é necessário para produzir o processo reflexivo para que a ajuda seja dada; o enfermeiro ajuda o cliente a integrar a experiência subjectiva com uma visão externa da situação.

Nesta situação particular, pergunto-me sempre “O que mais podia ter sido feito? O que hoje, actualmente faria de diferente?”. Fazendo uma verdadeira reflexão é difícil de responder. Penso que reflectir em conjunto, em equipa, é uma ajuda fundamental para os enfermeiros que vivem diariamente situações profundamente angustiantes. Falar dos nossos sentimentos ajuda a compreendê-los, ajuda a enfrentar os nossos próprios medos. Deste modo estaremos mais bem preparados para cuidar destas famílias. Para ajudá-las a viver e enfrentar esta situação de perda e de luto. O apoio é fundamental para a recuperação emocional destes pais. Segundo Diogo (2010), em contexto da prática de enfermagem pediátrica, é defendido que a dimensão emocional tem um elevado potencial terapêutico. No seguimento desta linha de pensamento a autora defende ainda que o uso das emoções enquanto instrumento terapêutico é de máxima importância, e é mesmo necessário e imprescindível que se identifiquem instrumentos terapêuticos na/para a prática de cuidados de enfermagem.

É essencial reflectir e repensar a presença do enfermeiro junto das famílias durante este tempo que se aproxima da morte. É fundamental que o enfermeiro verdadeiramente “esteja” e “acompanhe” estas crianças/famílias, ou seja, que proporcione um verdadeiro cuidado humano, de modo a respeitar profundamente a dignidade da criança/família. No entanto, é também uma tarefa difícil reflectir e compreender os nossos próprios sentimentos perante a morte pediátrica. A gestão emocional do cuidado do outro, é um caminho a percorrer, com vista a alcançar a verdadeira excelência do cuidar da criança/família.

A morte de uma criança ou jovem é uma situação extremamente intensa em termos emocionais, faz-nos compreender como é essencial o cuidado humano e o profundo respeito pelo outro. As nossas vivências pessoais e profissionais são essenciais para a maturidade que é necessária, para cuidarmos deste bebé/família, implica estar disponível para ajudar e apoiar uma família, que passou por um dos momentos mais desesperantes da vida de um ser humano: a perda de um filho. Sabemos que nenhuma palavra aliviará a sua dor; tudo o que poderão eventualmente desejar é aceitação, compreensão e respeito pelo seu luto. Esta situação permitiu-me desenvolver a competência: “cuida da criança e família nas situações de especial complexidade” (Regulamento n.º 123/2011, de 18 de Fevereiro).

APÊNDICE III – Panfleto: “Recomendações para a Prevenção de Quedas de Crianças e Jovens internados no Hospital”

Os Familiares e visitantes podem ajudar a evitar quedas fazendo o seguinte:

- Permanecer com a criança ou jovem se necessário.
- Informar a enfermeira sobre qualquer alteração de comportamento ou do que diz a criança ou o jovem.
- Informar a enfermeira se a criança ou jovem referir tonturas, visão turva, fraqueza ou qualquer outro sintoma.
- Manter o caminho livre dentro do quarto da criança ou do jovem.
- Deixar a cama na posição mais baixa ao sair do quarto e com grades elevadas.
- Informar a enfermeira sempre que se ausentar de perto da criança ou do jovem.



ATENÇÃO !!!

- Criar um ambiente seguro não é “fechar a criança a sete chaves” ou mantê-lo “numa redoma”. A criança 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 à criança ou jovem.
- Lembre-se sempre que, para as crianças, todas as coisas são brinquedos e tudo é brincadeira.

CONTACTOS

Associação para a Promoção da Segurança Infantil
Vila Berta, 7-r/c Esq. - 1170-400 Lisboa
Telf. 218 844 100 Fax: 218 844 109
apsi@apsi.org.pt - www.apsi.org.pt

Saúde 24/Dói-dói, trim-trim
Telf. 808 24 24 00
www.saude24.pt

Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE —
Hospital Dona Estefânia
Rua Jacinta Marto 1169-045 Lisboa
Telf. 213126600 Fax: 213126667
sec.adm.hde@chlc..min-saude.pt

Realizado por: **Leticia Libânia Dos Santos**

Aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Textos e imagens adaptados de:

- http://www.clipartof.com/gallery/clipart/wheelchair_race.html
- [http://1.bp.blogspot.com/_1NvyZCk5AVE/SIIH6EhwyII/AAAAAAAAAAK/dn39Q6CF1g/S220/Logo%2BBSK%2BBrazil%2B2006%2B\(pequeno\).jpg](http://1.bp.blogspot.com/_1NvyZCk5AVE/SIIH6EhwyII/AAAAAAAAAAK/dn39Q6CF1g/S220/Logo%2BBSK%2BBrazil%2B2006%2B(pequeno).jpg)
- <http://www.night-lights.net/>
- <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:ParentChildIcon.svg>
- <http://www.goldenoptometric.com/our-promotions.php>
- <http://thepaganhousehold.com/wp-content/uploads/2011/05/children-playing.jpg>
- <http://www.clker.com/clipart-3584.html>
- **Anime seu espaço.com**
- **Associação para a Promoção da Segurança Infantil**
- **HOCKENBERRY, Marily J. (2006) - Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, 7ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora. ISBN 13:978-0-323-02593-5.**

HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA

RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE QUEDAS DE CRIANÇAS E JOVENS INTERNADOS NO HOSPITAL





Recomendações



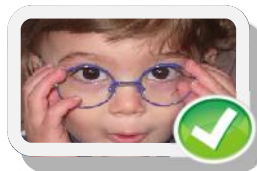
No Hospital Dona Estefânia há uma equipa de profissionais constantemente preocupados com a segurança do seu filho, durante o internamento.

Proporcionar um ambiente seguro para a criança e jovem é uma das metas da equipa de Enfermagem.

Assim sendo, acreditamos que a prevenção de quedas é uma responsabilidade que cabe a todos nós.

Com o objectivo de evitar quedas no hospital, aconselha-se os pais/ família/ pessoa significativa a atender às seguintes recomendações:

- Puxar sempre as grades do berço ou cama para cima, mesmo durante o sono;
- Verificar sempre se foi accionado o travão e se este ficou bem preso;
- Não deixar a criança ou o jovem com risco de queda sozinho, em cima da cama ou na bancada, nem por um segundo;



- Colocar a cama numa posição baixa, com o intuito de permitir maior autonomia da criança e do jovem;
- Ter próximo da criança ou jovem os óculos, aparelhos auditivos, dispositivos de marcha, a garrafa de água ou outros bens pessoais, para facilitar o acesso da criança ou jovem aos mesmos;
- Durante o banho, segurar o bebé correctamente, a fim de evitar uma possível queda;
- Acompanhar a criança à casa de banho durante o primeiro levante após cirurgia e quando transporta consigo dispositivos, tais como soros e drenagens;
- No carinho (ou cadeirinha) colocar sempre o cinto de segurança e travá-lo, quando estiver parado;

- A cadeira das refeições deve ser estável e colocada preferencialmente encostada à parede;
- Não esquecer de travar a cadeira de rodas se for o caso, quando estiver parado;
- Manter o corredor da enfermaria desimpedido;
- Calçar à criança ou jovem sapatos antiderrapantes e completamente fechados atrás, bem justos aos pés, para evitar que tropece ou escorregue;



- Não permitir que a criança ou jovem se coloque em cima do suporte de soros;
- Não permitir que a criança ou jovem corra no serviço, nem brinque em áreas não permitidas;
- Supervisionar a criança ou jovem enquanto brinca na sala de actividades, pois a criança ou jovem pode tropeçar em brinquedos desarrumados, ou pisá-los;
- Ter atenção ao piso molhado por derrame acidental, de líquidos ou aquando da limpeza do pavimento ou zona de banhos;
- Deixar luz de presença acesa durante a noite, em caso de necessidade, para permitir maior visibilidade.

É importante avisar a enfermeira que está responsável pelo seu filho, sempre que este estiver em risco de queda ou se ele:

- Caiu recentemente
- Seja propenso a magoar-se
- Refere tonturas ou visão turva
- Tem fraqueza ou perda de equilíbrio
- Usa aparelhos ortopédicos, tais como canadianas ou andarilhos.

APÊNDICE IV – Planejamento da Sessão de Formação em Serviço

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

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

Unidade Curricular – Estágio de Enfermagem da Criança e do Jovem

Tema da sessão: “Aplicação da Escala *Humpty Dumpty*”

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Ortopedia e da Unidade de Adolescentes do Hospital Dona Estefânia

Prelector:

Enf^a Letícia Santos

Professora Orientadora:

Prof.^a Maria Manuela Soveral

Enfermeira Orientadora:

Enf.^a Anabela Namora

Objectivos:

- Sensibilizar os enfermeiros para a temática das quedas em ambiente hospitalar;
- Sensibilizar os enfermeiros para a implementação da escala Humpty Dumpty Falls Scale (HDFS);
- Explicar a importância da colaboração da equipa de Enfermagem na validação da Humpty Dumpty Falls Scale (HDFS) para a população portuguesa.

Método pedagógico: expositivo

Duração: 60 minutos

Data/Hora: 08 de Novembro de 2011, às 8h30 e às 16:30

Local: Sala de Reuniões do Serviço de Ortopedia

Fases	Conteúdos	Metodologia	Meios e Equipamentos	Duração (Minutos)
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da formadora; - Apresentação do tema; - Apresentação dos objectivos; - Apresentação do sumário da formação. 	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Data-show; - Apresentação em powerpoint. 	10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Justificação da problemática; - Escala de avaliação de risco de quedas <i>Humpty Dumpty</i>: <ul style="list-style-type: none"> • Objectivos da Escala; • Definições dos itens da Escala; • Aplicação da Escala; • Protocolo de actuação para cada um dos padrões de risco. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Demonstrativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Data-show; - Apresentação em powerpoint 	30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas; - Apresentação do Panfleto e do Protocolo de Aplicação da Escala; - Avaliação da Formação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Activa - Interactiva 		20 minutos

APÊNDICE V – Sessão de Formação em Serviço: “Aplicação da Escala *Humpty Dumpty*”



Humpty Dumpty Falls Scale

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Aplicação da Escala *Humpty Dumpty*

Trabalho realizado por:

Leticia Santos (aluna do Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da ESEL)

Professora Orientadora: Prof^a Dr^a M^a Manuela Soveral

Enfermeira Orientadora: Anabela Nanora

08 de Novembro de 2011

1



Humpty Dumpty Falls Scale

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Sumário:

- Objectivos
- Justificação da Problemática
- Escala de Avaliação Risco de Queda – *Humpty Dumpty*
- Referências Bibliográficas

08 de Novembro de 2011

2



Humpty Dumpty Falls Scale

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Objectivos:

- Sensibilizar os enfermeiros para a temática das quedas em ambiente hospitalar
- Sensibilizar os enfermeiros para a implementação da escala *Humpty Dumpty Falls Scale* (HDFS)
- Colaborar na validação da *Humpty Dumpty Falls Scale*

08 de Novembro de 2011

3



Humpty Dumpty Falls Scale

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Justificação da Problemática:

- As quedas dos utentes em ambiente Hospitalar são um factor de preocupação das instituições de saúde e a prevenção da queda do utente é considerada um foco sensível aos cuidados de enfermagem.
- Nos EUA é um dos 10 indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem, seleccionados pela Associação Americana de Enfermeiros.
(Gaspar & Westwood, 2010)
- Enquanto que na Inglaterra é o Indicador 13: Falls.
(International Quality Indicator Project, 2005)

08 de Novembro de 2011

4



Humpty Dumpty Falls Scale

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Justificação da Problemática:

- As quedas são um dos principais acidentes que ocorrem em pessoas hospitalizadas, constituindo um importante problema de saúde pública.
- A promoção da Segurança da pessoa hospitalizada, em geral, e a prevenção de quedas, em particular, constitui uma preocupação crescente entre os prestadores de cuidados de enfermagem, pelo que se torna fundamental reflectir acerca desta temática.
- As quedas são um risco real, acontecem em meio hospitalar e constituem um indicador de qualidade assistencial.

(Saraiva *et al*, 2008)

08 de Novembro de 2011

5



Humpty Dumpty Falls Scale

Prevenir quedas, aumentar a segurança.


Justificação da Problemática:

- Miami Children's Hospital estudou 153 crianças que caíram durante os anos de 2005-2006, verificando-se que a maioria das quedas ocorreram em crianças com menos de 3 e mais de 13 anos, crianças com doença neurológica e seguidas de doenças respiratórias (asma) e doenças gastrointestinais (desidratação ou vômitos).
- As intervenções de enfermagem consistiam em implementar um protocolo de prevenção para as quedas pediátricas e identificar as crianças com elevado risco de quedas, com o objectivo de reduzir a sua ocorrência.

(Hill-Rodriguez *et al*, 2009)

08 de Novembro de 2011

6



Humpty Dumpty Falls Scale

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Justificação da Problemática:

- É importante entender que todos os utentes estão em risco de cair e que é importante identificar o seu nível de risco.

(Payson & Haviley, 2007)

↓

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty*

08 de Novembro de 2011 7



Humpty Dumpty Falls Scale

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty*:

- A Escala *Humpty Dumpty* é uma ferramenta de avaliação de risco de queda em crianças e jovens hospitalizados, constituída por sete itens: idade; sexo; diagnóstico; deficiências cognitivas; factores ambientais; reacção a cirurgia/sedação/anestesia e consumo medicamentoso.
- 2 padrões de risco - padrão de baixo risco (resultado 7-11) e padrão de elevado risco (resultado de 12 e superior).

08 de Novembro de 2011 8



Humpty Dumpty Falls Scale

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty*:

Objectivos

- Identificar o nível de risco de queda na criança e no jovem.
- Actuar consoante o nível de risco.
- Prevenir possíveis quedas.
- Aumentar a segurança da criança e do jovem.
- Aumentar a satisfação da criança e do jovem e acompanhantes.

08 de Novembro de 2011

9



Humpty Dumpty Falls Scale

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty*:

Definições

Diagnóstico - se a criança apresentar múltiplos diagnósticos deve considerar-se o resultado mais elevado

Exemplos de diagnósticos:

- Neurológicos - convulsão, traumatismo craniano, hidrocefalia, paralisia cerebral;
- Alteração da oxigenação - engloba qualquer diagnóstico que resulte da diminuição da oxigenação cerebral ou diminuição da capacidade de transporte de oxigénio pelos glóbulos vermelhos. Vai para além das doenças respiratórias podendo incluir desidratação, anemia, anorexia, síncope;
- Distúrbios psicológicos/comportamentais – pode incluir alterações de humor (depressão / doença bipolar) e comportamentos impulsivos;
- Outros diagnósticos – qualquer que não se englobe nos anteriores.

08 de Novembro de 2011

10



Humpty Dumpty Falls Scale

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty*:

Definições

Deficiências cognitivas:

- Não tem noção dos limites – pode ser aplicado a qualquer grupo etário e é dependente da compreensão das consequências dos seus actos;
- Esquece os limites - pode ser aplicado a qualquer grupo etário. A criança tem a capacidade de compreender as suas limitações, contudo devido a factores como a idade, diagnóstico, quadro sintomático ou alterações funcionais recentes (exemplo: perda de consciência ou hipoglicémia) a criança esquece as suas limitações.

08 de Novembro de 2011

11



Humpty Dumpty Falls Scale

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty*:

Definições

Factores Ambientais:

- Historial de quedas - refere-se a um evento de queda do doente no internamento actual.
- Bebé/Criança com menos 3 anos deitada na Cama - refere-se à situação em que o bebé/criança com menos de 3 anos é colocado numa cama de adulto, em vez de ser no berço, por exemplo, por falta de berços disponíveis no Serviço.
- Doente utiliza dispositivos de assistência – por exemplo: cadeira de rodas, canadianas, etc.
- Mobiliário/Iluminação – refere-se ao excesso de mobiliário/ equipamento da enfermaria que pode colocar o doente em risco de queda. A iluminação refere-se às situações em que há pouca luz na enfermaria (por exemplo, avaria).
- Zona de Ambulatório – refere-se à criança que deambula. Mas, por exemplo, no período nocturno a criança não se encontra neste critério de avaliação, mas sim num dos critérios anteriores dos factores ambientais.

08 de Novembro de 2011

12



Humpty Dumpty Falls Scale

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty*:

Aplicação da Escala

- a todas as crianças/jovens internados no momento de admissão no serviço;
- posteriormente 1x turno.

08 de Novembro de 2011

13



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Ferramenta de Avaliação de Risco de Queda
A Escala Humpty Dumpty – Doentes Hospitalizados

Parâmetro	Critérios	Resultado (círculo)
Idade	Menos de 3 anos	4
	De 3 anos até menos de 7 anos	3
	De 7 anos até menos de 13 anos	2
Sexo	13 e mais anos	1
	Masculino	2
Diagnóstico	Feminino	1
	Diagnóstico Neurológico	4
	Alterações na Organização (Diagnóstico Respiratório, Desorientação, Anémia, Anorexia, Síndrome/tonturas, etc.)	3
	Distúrbios Psicológicos/Comportamentais	2
	Outros Diagnósticos	1
Deficiências Cognitivas	Não tem noção dos Limites	3
	Esquece os Limites	2
Factores Ambientais	Orientado para a capacidade própria	1
	Historial de Quedas ou Bebé/Criança com menos de 3 anos deitada na Cama	4
	Doente utiliza dispositivos de assistência ou Bebé/Criança com menos de 3 anos no Berço ou Mobiliário/Iluminação (Quarto Trovado)	3
	Criança com 3 anos e mais, deitada numa Cama	2
Reação a Cirurgia/Sedação/Anestesia	Zona de Anestésico	1
	No espaço de 24 horas	3
	No espaço de 48 horas	2
Consumo Medicamentoso	Há mais de 48 horas/Nenhuma	1
	Consumo múltiplo de Sedativos (excluindo doentes na UCI sedados e imobilizados)	3
	Hipnóticos Barbitúricos Fenotiazinas Anti-depressivos Laxantes/Diuréticos Narcóticos	
	Um dos medicamentos mencionados acima	2
	Outros Medicamentos/Nonhuns	1

Em risco de queda se o resultado for 7 ou superior

Resultado Máximo 7
Resultado Mínimo 23

Trabalhada por: César, MP (Florença, Delfino, Alvo Jun, 2011)

14

Produção de Segurança Saúde e Serviço de Famílias em Saúde



Humpty Dumpty Falls Scale

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty*:

Aplicação da Escala

- Interpretar a pontuação da escala *Humpty Dumpty*
- Actuar consoante o nível de risco

08 de Novembro de 2011

15



Humpty Dumpty Falls Scale

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty*:

Protocolo Padrão de Baixo Risco (resultado 7-11)

- Orientação para o quarto;
- Cama em posição baixa, travões accionados;
- Grades de segurança x 2 ou 4 levantadas, avaliação de aberturas de grande dimensão, com envergadura que possa levar a que o doente entale um membro ou outra parte do corpo, utilização de procedimentos de segurança adicionais;
- Utilização de calçado antiderrapante nos doentes não acamados, utilização de vestuário de tamanho adequado para prevenir tropeções;
- Avaliar as necessidades de eliminação, prestar auxílio se for necessário;
- A luz de chamada encontra-se ao alcance, educar o doente/a família sobre a sua função;
- Ambiente livre de equipamento não utilizado, o mobiliário encontra-se no lugar, livre de riscos;
- Avaliar a existência de iluminação adequada, deixar a luz de presença acesa;
- Disponibilizar educação de doentes e familiares aos pais e ao doente;
- Documentar o ensino sobre a prevenção de quedas e incluir no plano de cuidados.

08 de Novembro de 2011

16



Humpty Dumpty Falls Scale

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty*:

Protocolo Padrão de Elevado Risco (resultado 12 e superior)

- Identificar o doente com um "autocolante *Humpty Dumpty*" no doente, na cama e no historial clínico do doente;
- Educar o doente/os pais sobre as precauções do protocolo de quedas;
- Verificar o doente, no mínimo, a cada hora;
- Acompanhar o doente nas deslocações;
- Colocar o doente numa cama adequada ao respectivo desenvolvimento;
- Ponderar deslocar o doente para mais perto da sala de enfermagem;
- Avaliar a necessidade supervisão 1:1;
- Avaliar as horas de administração medicamentosa;
- Retirar todo o equipamento não utilizado do quarto;
- Barreiras de segurança para confinar espaços e aberturas na cama;
- Manter sempre a porta aberta, a não ser que estejam implementadas precauções de isolamento específicas;
- Manter a cama na posição mais baixa, a não ser que o doente esteja a ser assistido directamente;
- Documentar o ensino e o plano de cuidados no relatório de enfermagem.

08 de Novembro de 2011

17




Humpty Dumpty Falls Scale

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

- **Em caso de ocorrência de queda de uma criança ou jovem em ambiente Hospitalar proceder a notificação da mesma em suporte electrónico disponível na Intranet do Hospital Dona Estefânia na Gestão do Risco**

08 de Novembro de 2011

18




Humpty Dumpty Falls Scale

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

- **Folheto** de recomendações para os pais ou acompanhantes sobre a prevenção de quedas de crianças e jovens internados no Hospital
- **Protocolo de Aplicação da Escala Humpty Dumpty**

08 de Novembro de 2011 19



Humpty Dumpty Falls Scale

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Referências Bibliográficas:

- Gaspar, I., & Westwood, I. (2010). Dia mundial do doente. Recuperado em 2011, Junho 15, de http://www.hsfxavier.min-saude.pt/Downloads_HSA/HSFX/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20e%20Imagem/Jornal%20do%20Centro/2010/jornal47.pdf.
- Hill-Rodriguez, D., Messmer, P.R., Willams, P.D., Zeller, R.A., Williams, A.R., Wood, M., Henry, M. (2009). The Humpty Falls Scale: A Case-Control Study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14 (1), 22-32. Retrieved from EBSCOhost.
- International Quality Indicator Project (2005). Indicator 13: falls. Recuperado em 2011, Junho 15, de <http://www.internationalqip.com/>.
- Payson, C. & Haviley, C. (2007). *Patient Falls Assessment and Prevention*. Global Edition. ISBN: 978-1-60146-078-3. Recuperado em 2011, Março 15, de http://www.hcmarketplace.com/supplemental/3663_browse.pdf.
- Saraiva, D., Louro, I., Ferreira; L., Batista, P., Pina, S. (2008). Quedas indicador da qualidade assistencial. *Revista Nursing*, 235, 28-35. ISSN 0871-6196.

08 de Novembro de 2011 20

APÊNDICE VI – Análise dos dados da Sessão de Formação em Serviço

ANÁLISE DOS DADOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

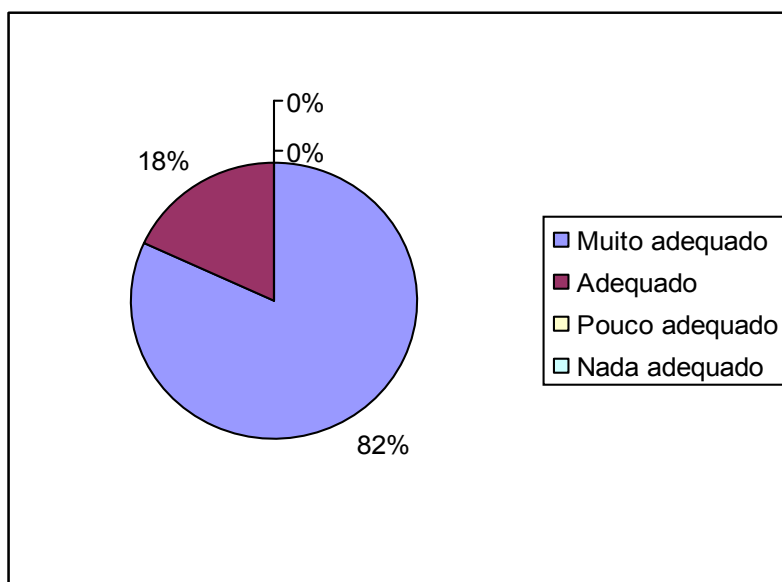
A Sessão de Formação em Serviço foi apresentada a onze enfermeiros. Foi aplicado um questionário com objectivo de os participantes expressarem a sua opinião relativamente à forma como decorreu a sessão.

Após a colheita de dados estes devem ser manipulados e obtidos os resultados, que constituem um paço central da pesquisa. A análise e interpretação de dados são dois processos intimamente relacionados.

Os dados obtidos através do instrumento de recolha de dados (questionário) foram tratados por um processo informático através do programa Excel, que permite realizar cálculos estatísticos e visualizar os seus resultados.

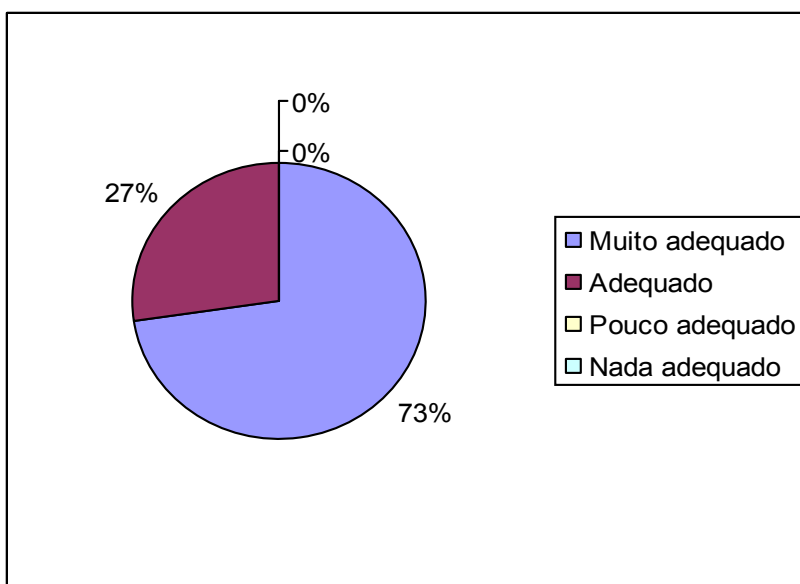
Os dados foram tratados estatisticamente por meio informático e apresentados sob a forma de Diagrama de sectores, de modo a facilitar uma rápida interpretação e compreensão dos mesmos.

Figura 1: Diagrama de sectores referentes à questão: Como avalia os temas debatidos/ apresentados na sessão?



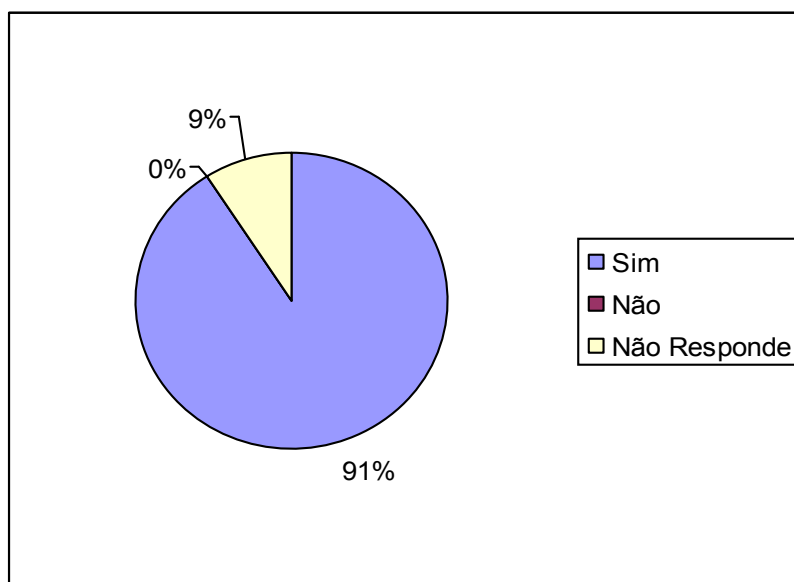
O diagrama de sectores da figura 1 apresenta que 82% dos enfermeiros consideraram o tema debatido/ apresentado na sessão muito adequado e 18% consideraram-no adequado.

Figura 2: Diagrama de sectores referentes à questão: Como avalia a apresentação realizada?



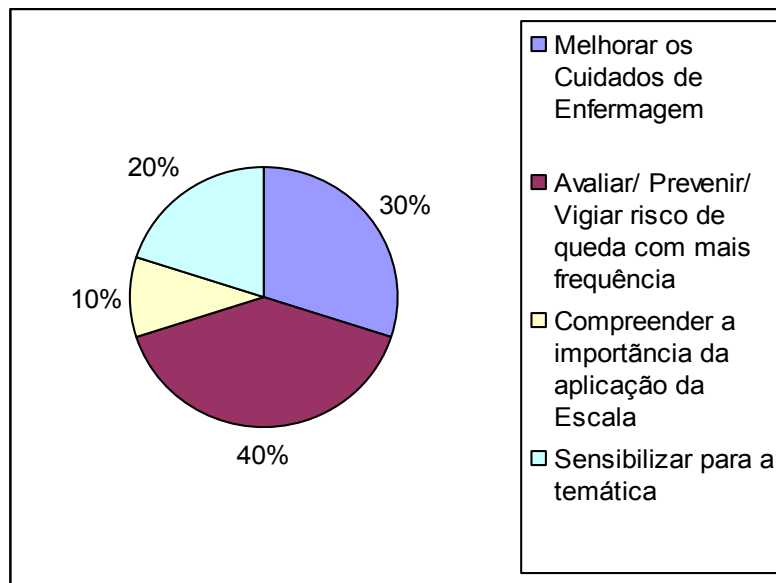
O diagrama de sectores da figura 2 apresenta que 73% dos enfermeiros consideraram a apresentação realizada como muito adequada e 27% consideraram-na adequada.

Figura 3: Diagrama de sectores referentes à questão: Esta acção de formação irá alterar comportamentos/ técnicas?



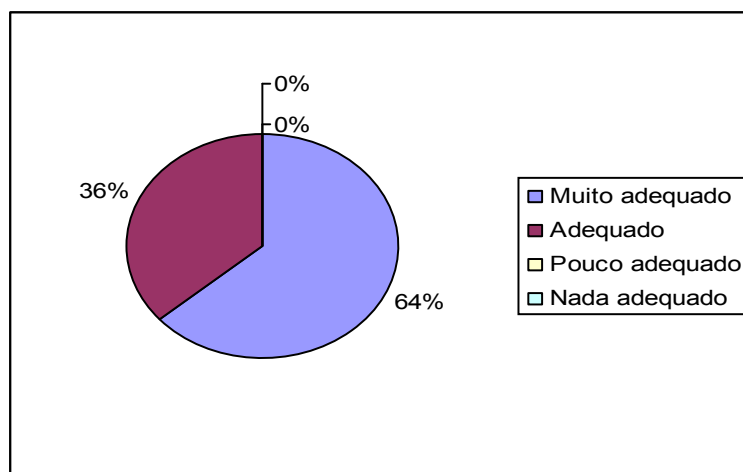
O diagrama de sectores da figura 3 apresenta que 91% dos participantes referiram que esta formação irá alterar comportamentos/ técnicas e apenas 9% dos participantes não responderam à questão.

Figura 4: Diagrama de sectores referentes à questão: Justifique?



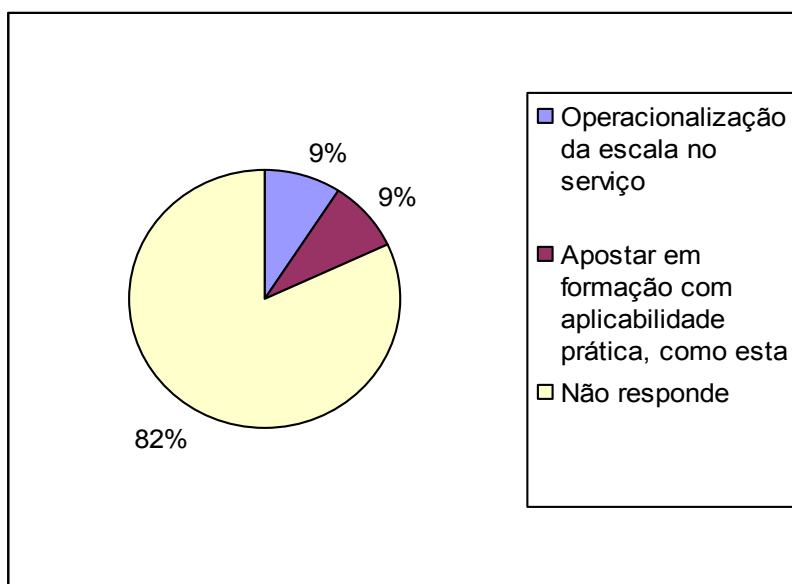
O diagrama de sectores da figura 4 apresenta as justificações dadas pelos 10 enfermeiros que responderam à questão. Podemos verificar que 40% dos enfermeiros referiram que esta sessão de formação vai permitir avaliar/ prevenir/ vigiar o risco de queda com mais frequência, 30% referiram que vai permitir melhorar os cuidados de enfermagem, 20% mencionaram que ficaram sensibilizados em relação a esta temática e, por fim, 10% referiram que esta sessão permitiu compreender a importância da aplicação da escala.

Figura 5: Diagrama de sectores referentes à questão: Como avalia a sessão de acordo com as suas expectativas?



O diagrama de sectores da figura 5 apresenta que 64% dos participantes referiu a sessão muito adequada de acordo com as suas expectativas e 36% referiu que foi adequada.

Figura 6: Diagrama de sectores referentes à questão: Sugestões e/ ou comentários que considere relevantes.



O diagrama de sectores da figura 6 apresenta que apenas 18% dos participantes referiram sugestões e/ ou comentários que consideraram relevantes, dos quais 9% mencionaram que esta formação vai permitir a operacionalização da escala no serviço e os restantes 9% mencionaram o quanto é importante apostar em formações com aplicabilidade para a prática como foi o caso desta sessão de formação.

APÊNDICE VII – Norma de Aplicação da Escala *Humpty Dumpty*

Norma de Aplicação da Escala *Humpty Dumpty*

1. DEFINIÇÃO:

A Escala *Humpty Dumpty* é uma ferramenta de avaliação de risco de queda em crianças e jovens hospitalizados, constituída por sete itens: idade; sexo; diagnóstico; deficiências cognitivas; factores ambientais; reacção a cirurgia/sedação/anestesia e consumo medicamentoso.

Cada item tem uma pontuação mínima e máxima, cujo resultado varia entre um mínimo de 7 e máximo de 23. Deste modo, o resultado obtido encontra-se definido em dois padrões de risco com um protocolo de segurança subjacente, ou seja, padrão de baixo risco (resultado 7-11) e padrão de elevado risco (resultado de 12 e superior).

2. OBJECTIVOS:

- Identificar o nível de risco de queda na criança e no jovem.
- Actuar consoante o nível de risco.
- Prevenir possíveis quedas.
- Aumentar a segurança da criança e do jovem.
- Aumentar a satisfação da criança e do jovem e acompanhantes.

3. CAMPO DE APLICAÇÃO:

- Todas as crianças e jovens internados no Serviço de Ortopedia e na Unidade de Adolescentes do Hospital Dona Estefânia.

4. DESCRIÇÃO:

4.1. Equipamento e material necessários:

- Escala *Humpty Dumpty*

4.2. Organização do procedimento:

- Aplicar a escala *Humpty Dumpty* na admissão da(o) criança/jovem no serviço;
- Realizar a pontuação;
- Interpretar a pontuação da escala *Humpty Dumpty*;
- Actuar consoante o nível de risco:

- **Protocolo Padrão de Baixo Risco (resultado 7-11 = 0)**

- Orientação para o quarto;
- Cama em posição baixa, travões accionados;
- Grades de segurança x 2 ou 4 levantadas, avaliação de aberturas de grande dimensão, com envergadura que possa levar a que o doente entale um membro ou outra parte do corpo, utilização de procedimentos de segurança adicionais;
- Utilização de calçado antiderrapante nos doentes não acamados, utilização de vestuário de tamanho adequado para prevenir tropeções;
- Avaliar as necessidades de eliminação, prestar auxílio se for necessário;
- A luz de chamada encontra-se ao alcance, educar o doente/a família sobre a sua função;
- Ambiente livre de equipamento não utilizado, o mobiliário encontra-se no lugar, livre de riscos;
- Avaliar a existência de iluminação adequada, deixar a luz de presença acesa;
- Disponibilizar educação de doentes e familiares aos pais e ao doente;
- Documentar o ensino sobre a prevenção de quedas e incluir no plano de cuidados.

- Protocolo Padrão de Elevado Risco (resultado de 12 e superior = ▲)

- Identificar com o símbolo na cama, no quadro da sala de enfermagem e no historial clínico do doente;
 - Educar o doente/os pais sobre as precauções do protocolo de quedas;
 - Verificar o doente, no mínimo, a cada hora;
 - Acompanhar o doente nas deslocações;
 - Colocar o doente numa cama adequada ao respectivo desenvolvimento;
 - Ponderar deslocar o doente para mais perto da sala de enfermagem;
 - Avaliar a necessidade supervisão 1:1;
 - Avaliar as horas de administração medicamentosa;
 - Retirar todo o equipamento não utilizado do quarto;
 - Barreiras de segurança para confinar espaços e aberturas na cama;
 - Manter sempre a porta aberta, a não ser que estejam implementadas precauções de isolamento específicas;
 - Manter a cama na posição mais baixa, a não ser que o doente esteja a ser assistido directamente;
 - Documentar o ensino e o plano de cuidados no relatório de enfermagem.
- Identificar no quadro da cama da(o) criança/jovem e no quadro da sala de enfermagem com o símbolo correspondente ao nível de risco;
 - Aplicar a Escala *Humpty Dumpty* uma vez por turno até ao momento da alta.

4.3. Orientações gerais:

- **Diagnóstico** – se a criança apresentar múltiplos diagnósticos deve considerar-se o resultado mais elevado. Exemplos de diagnósticos:
 - Neurológicos – convulsão, traumatismo craniano, hidrocefalia, paralisia cerebral;
 - Alteração da oxigenação – engloba qualquer diagnóstico que resulte da diminuição da oxigenação cerebral ou diminuição da capacidade de transporte

de oxigénio pelos glóbulos vermelhos. Vai para além das doenças respiratórias podendo incluir desidratação, anemia, anorexia, síncope;

- Distúrbios psicológicos/comportamentais – pode incluir alterações de humor (depressão / doença bipolar) e comportamentos impulsivos;
- Outros diagnósticos – qualquer que não se englobe nos anteriores.

▪ **Deficiências cognitivas:**

- Não tem noção dos limites – pode ser aplicado a qualquer grupo etário e é dependente da compreensão das consequências dos seus actos;
- Esquece os limites – pode ser aplicado a qualquer grupo etário. A criança tem a capacidade de compreender as suas limitações, contudo devido a factores como a idade, diagnóstico, quadro sintomático ou alterações funcionais recentes (exemplo: perda de consciência ou hipoglicémia) a criança esquece as suas limitações.

▪ **Factores ambientais:**

- Historial de quedas – refere-se a um evento de queda do doente no internamento actual.
- Bebé/Criança com menos 3 anos deitada na Cama - refere-se à situação em que o bebé/criança com menos de 3 anos é colocado numa cama de adulto, em vez de ser no berço, por exemplo, por falta de berços disponíveis no Serviço.
- Doente utiliza dispositivos de assistência – por exemplo: cadeira de rodas, canadianas, etc.
- Mobiliário/Iluminação – refere-se ao excesso de mobiliário/ equipamento da enfermaria que pode colocar o doente em risco de queda. A iluminação refere-se às situações em que há pouca luz na enfermaria (por exemplo, avaria).
- Zona de Ambulatório – refere-se à criança que deambula. Mas, por exemplo, no período nocturno a criança não se encontra neste critério de avaliação, mas sim num dos critérios anteriores dos factores ambientais.

4.4. Optimização do procedimento:

- Identificar o documento respectivo à Escala *Humpty Dumpty* com a vinheta de identificação da(o) criança/jovem;
- Manter a Escala *Humpty Dumpty* no processo da(o) criança/jovem;
- Identificar o símbolo correspondente ao nível de risco no quadro da cama da(o) criança/jovem e no quadro da sala de enfermagem.

5. REGISTOS:

- Referir a data de realização da avaliação na Escala *Humpty Dumpty*;
- Assinalar os itens respeitantes à situação da(o) criança/jovem na Escala *Humpty Dumpty*;
- Somar a pontuação total;
- Identificar o símbolo correspondente ao nível de risco no quadro da cama da(o) criança/jovem e no quadro da sala de enfermagem;
- Registar os ensinamentos realizados à criança/jovem e acompanhantes sobre a prevenção de quedas em meio hospitalar.

APÊNDICE VIII – Planejamento da Sessão de Educação para a Saúde

PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

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

Unidade Curricular – Estágio de Enfermagem da Criança e do Jovem

Tema da sessão: “Prevenção de Acidentes no Primeiro Ano de Vida”

Destinatários: Futuros pais

Prelector:

Enf^a Leticia Santos

Professora Orientadora:

Prof.^a Maria Manuela Soveral

Enfermeira Orientadora:

Enf.^a Olga Seabra

Objectivos:

- Sensibilizar os futuros pais para a identificação de situações de perigo para o seu filho no primeiro ano de vida;
- Capacitar os futuros pais para os diferentes tipos de acidentes a que o bebé está sujeito no 1º ano de vida;
- Capacitar os futuros pais para medidas preventivas adequadas aos diferentes tipos de acidentes.

Método pedagógico: expositivo

Data/Hora: 07 de Dezembro de 2011 às 18:30

Local: Sala de Reuniões do Centro de Saúde de Torres Vedras

Fases	Conteúdos	Metodologia	Meios e Equipamentos	Duração (Minutos)
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do Prelector; - Apresentação do tema; - Apresentação dos objectivos; - Aplicação de um questionário pré-sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo / formulação de perguntas 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Data-show; - Apresentação em powerpoint; - 1º Questionário sobre a “prevenção de acidentes no 1º Ano de vida”. 	10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de conceitos; - Apresentação de algumas capacidades do desenvolvimento do bebé; - Apresentação dos tipos de acidentes mais frequentes; - Descrição das medidas de segurança em casa; - Descrição das medidas preventivas para os diferentes tipos de acidente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Demonstrativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Data-show; - Apresentação em powerpoint 	30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas; - Apresentação do Panfleto de recomendações para a prevenção de acidentes no recém-nascido; - Aplicação de um questionário pós-sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Activa - Interactiva - Interrogativo / formulação de perguntas 	<ul style="list-style-type: none"> - Panfleto; - 2º Questionário sobre a “prevenção de acidentes no 1º Ano de vida”. 	20 minutos

BIBLIOGRAFIA:

- Associação para Prevenção da Segurança Infantil (2010). *Vale a Pena Crescer em Segurança* (12ª Edição).
- Hockenberry, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª Edição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora. ISBN 13:978-0-323-02593-5.
- Instituto do Consumidor (2002). *Crescer Seguro para Ser Feliz*. Lisboa: Instituto do Consumidor. ISBN 972-8715-05-6. Recuperado em 2011, Novembro 15, de <http://www.consumidor.pt/ms/1/pagina.aspx?codigoms=5001&back=1&codigono=0024AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>.
- Instituto do Consumidor (2002). *Brinquedos – Há Brincar e Brincar, Há rir... e chorar?* Lisboa: Instituto do Consumidor. ISBN 972-8715-05-6. Recuperado em 2011, Novembro 15, de <http://www.consumidor.pt>
- MOREIRA, V. (1999). *A criança dos dois aos seis anos*. Porto: Âmbar. ISBN 972-43-0330-6.
- [Http://www.unicef.pt](http://www.unicef.pt) (acedido a 21/11/2011)
- Imagens adaptadas da Associação para Prevenção da Segurança Infantil.

APÊNDICE IX – A Sessão de Educação para a Saúde: “Prevenção de Acidentes no Primeiro Ano de Vida”

PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA



Trabalho realizado por:

Letícia Santos (aluna do Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da ESEL)

Professora Orientadora: Profª Drª Mª Manuela Soveral

Enfermeira Orientadora: Olga Seabra

OBJECTIVOS

- Referir os diferentes tipos de acidentes a que o bebé está sujeito no 1º ano de vida
- Descrever as medidas preventivas adequadas aos diferentes tipos de acidentes

INTRODUÇÃO

- Criar um ambiente seguro **não é** “fechar o bebê a sete chaves” ou mantê-lo “numa redoma”. O bebê 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 bebê.

DEFINIÇÕES

- “**Criança** é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo”
(UNICEF, Artigo 1º da Convenção sobre os Direitos da Criança, 1990)
- A Organização Mundial de Saúde define “**acidente** como um acontecimento não premeditado do qual resulta dano identificável, e como um acontecimento que, causado por uma acção rápida, independente da vontade humana, provoca dano físico ou mental”.
(MOREIRA, 1999)

Dos 0 aos 3 Meses

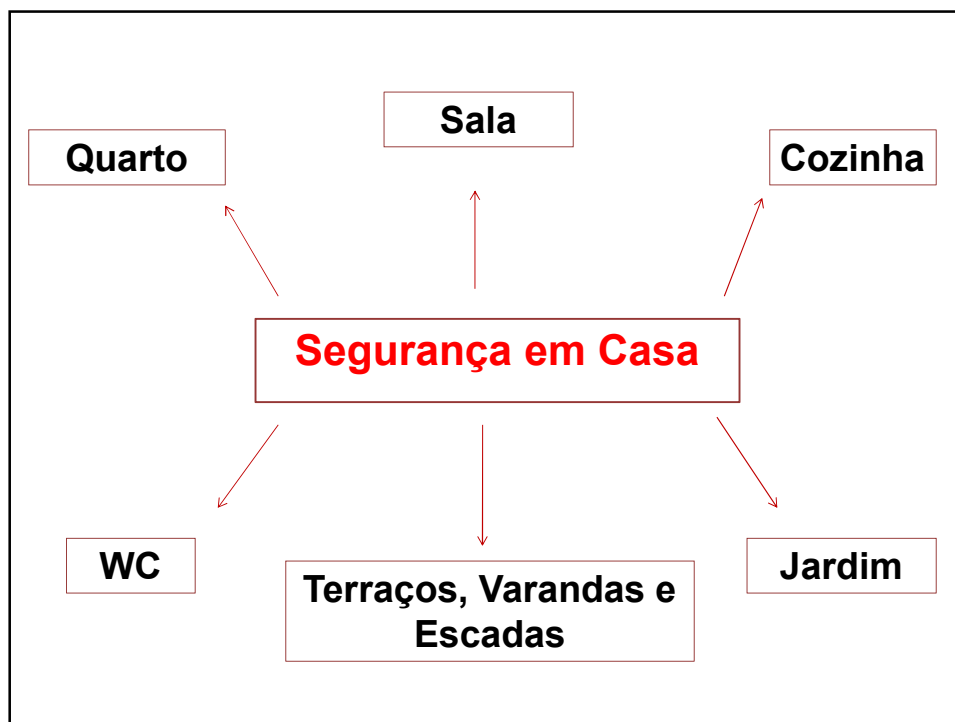
Algumas Capacidades do Desenvolvimento	Acidentes
<ul style="list-style-type: none"> • O recém-nascido apenas consegue levantar a cabeça por breves segundos; • Com 3 meses, já se mexe e agita as pernas; • Pode rebolar 	<ul style="list-style-type: none"> • Queimaduras • Asfixia • Quedas • Acidentes de viação

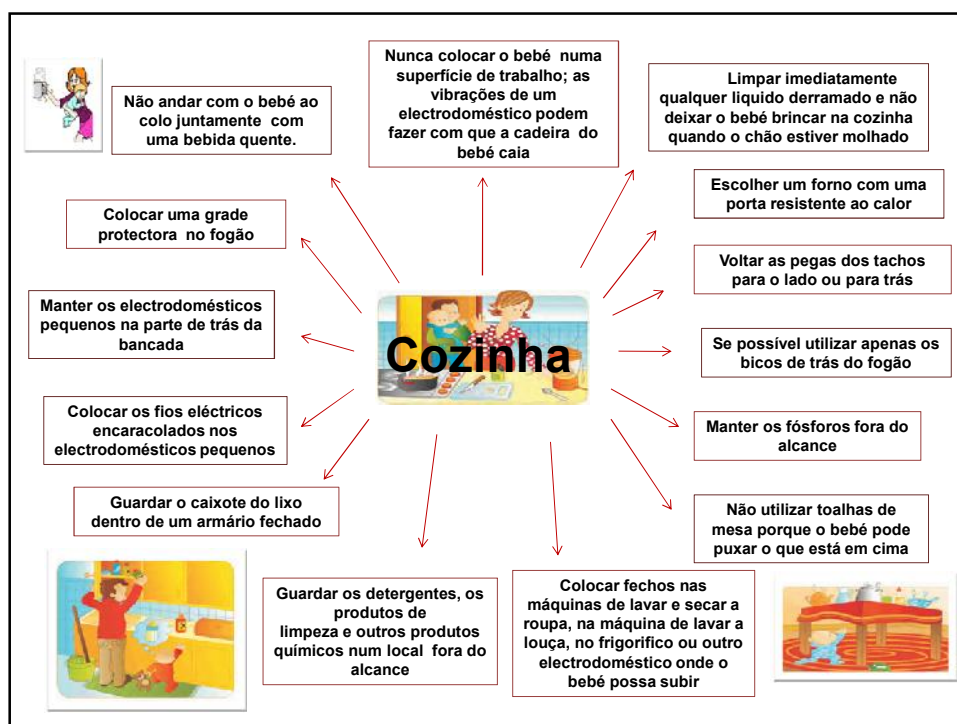
3 Meses aos 6 Meses

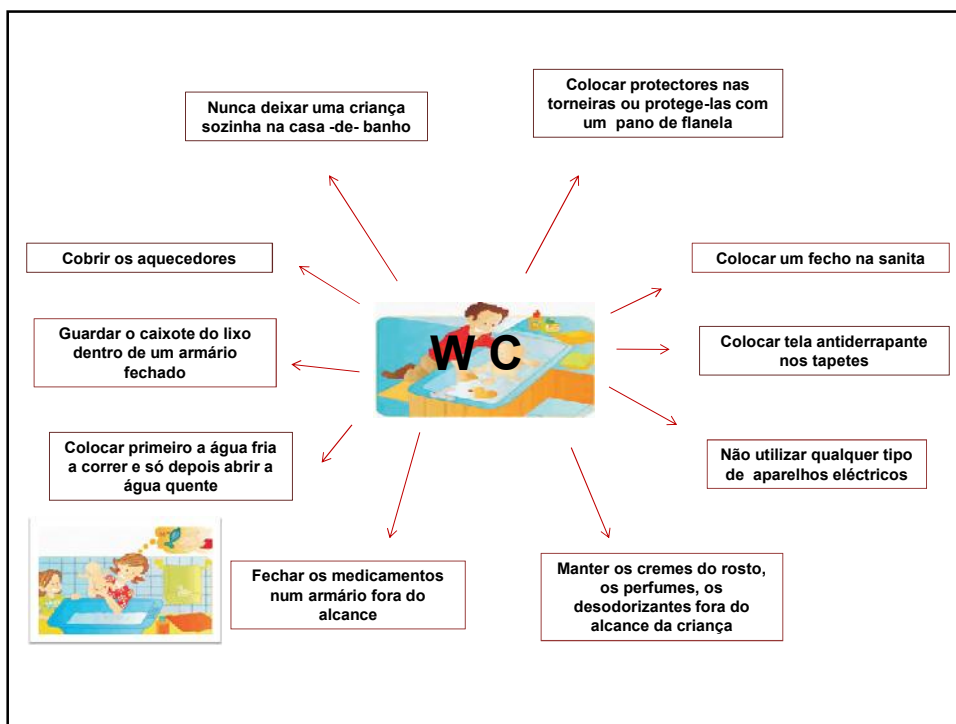
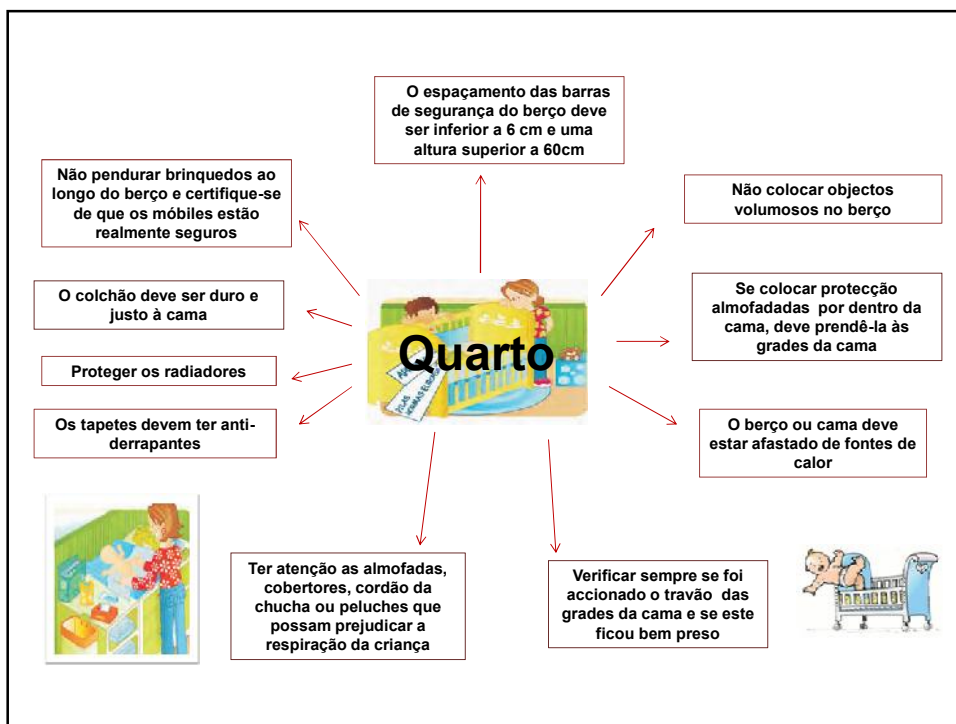
Algumas Capacidades do Desenvolvimento	Acidentes
<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza a força dos antebraços para levantar a cabeça e a região anterior do tórax • Rebola • Explora o mundo à sua volta • Acto de agarrar e levar tudo à boca 	<ul style="list-style-type: none"> • Engasgamento/asfixia • Afogamento • Queimaduras • Acidentes de viação

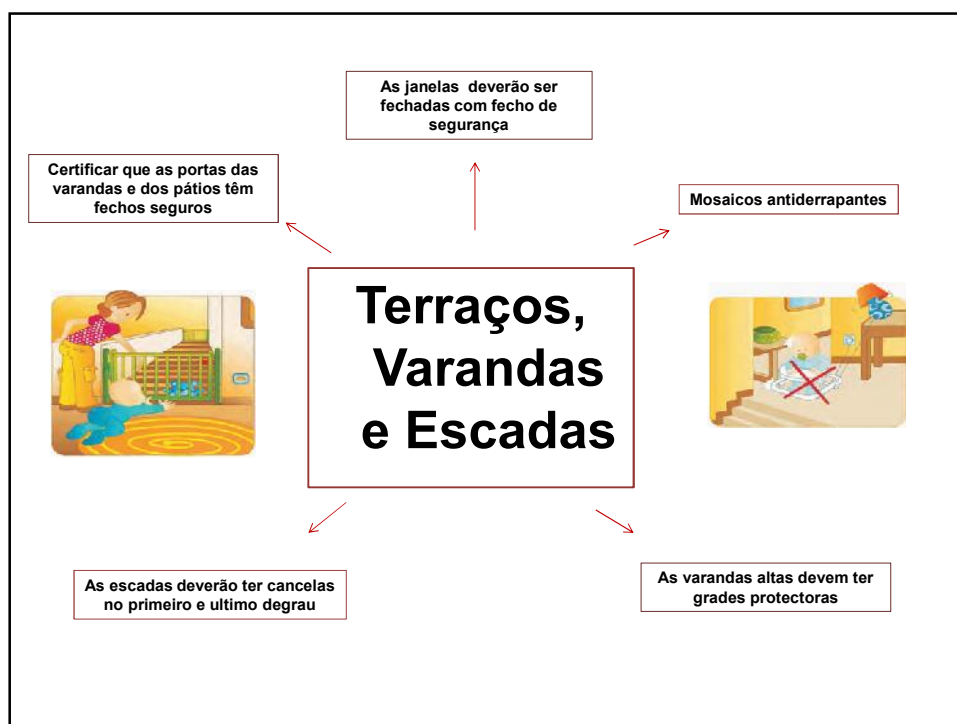
6 Meses aos 12 Meses

Algumas Capacidades do Desenvolvimento	Acidentes
<ul style="list-style-type: none"> • Aos 6- 7Meses - Rasteja e senta-se por pequenos períodos • Aos 7- 9Meses - Gatinha e fica de pé com apoio nos móveis • 10-11Meses - Apanha pequenos objectos com os dedos • 12M- Fica em pé sem apoio - Anda 	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismos • Intoxicações • Electrocussão • Queimaduras • Quedas • Engasgamento/asfixia • Acidentes de viação.









Medidas Preventivas



Quedas / Traumatismos



- Vigiar constantemente a criança, em especial quando se encontram próximas janelas abertas, escadas ou varandas;
- Não deixar a criança sozinha em cima de uma mesa, sofá, cama ou outra superfície alta;
- A cama do bebé deve ser estável e sólida e as grades de segurança devem ter uma altura superior a 60 cm e o intervalo entre as grades deve ser inferior a 6 cm;



- Instalar dispositivos de protecção nas janelas do 2º piso ou superiores;

Quedas / Traumatismos

- Colocar armações de rede em aço nas janelas ou varandas;
- No carrinho de passeio ou espreguiçadeira, mantenha os cintos sempre apertados e trave o carrinho quando estiver parado;
- Evitar colocar mobília a que as crianças possam subir perto das janelas ou varandas;
- Colocar cancelas nas escadas.



Intoxicações



- Arrumar cuidadosamente os produtos tóxicos em locais inacessíveis às crianças;
- Os produtos tóxicos ou corrosivos devem possuir tampas de segurança e as embalagens devem ser seguras e resistentes à manipulação de crianças;
- Não guardar produtos químicos em garrafas de refrigerantes de uso corrente, que possam enganar a criança;
- Não pintar o quarto do bebê dias antes da sua chegada (as tintas são tóxicas);
- O berço deve ter pintura ou verniz não tóxico;
- Deve-se evitar a permanência da criança em ambientes fechados onde existam aquecedores a gás.

Queimaduras

- Verificar a temperatura da água do banho, que deve variar entre os 32 – 37° C;



- Quando estiver a colocar a água, começar pela água fria e depois juntar a água quente;

- Não beber qualquer líquido quente com a criança ao colo;



- Quando a criança estiver na cozinha, ter especial atenção ao fogão e ao forno.

Queimaduras



- Quando se aquecer o biberão ou bócios de comida no micro-ondas, ter atenção ao dar a comida à criança, visto que o conteúdo aquece muito mais que o recipiente;
- Ter atenção ao ferro eléctrico quente deixado, por momentos, sem vigilância;
- Os pais que fumam devem ter cuidado com os cigarros acesos próximo das crianças;
- Deve-se colocar uma protecção na lareira, evitando que a criança chegue perto do lume, principalmente quando começa a gatinhar;
- Usar protector solar de grau elevado para evitar queimaduras solares (só a partir dos 6 meses).

Asfixia



- Após a mamada o bebé deve arrotar, só depois poderá ser colocado no berço, pois no caso de regurgitar ou vomitar, o líquido pode ser aspirado para os pulmões;
- Não deitar o bebé de barriga para baixo, uma vez que pode ocorrer a aspiração de líquidos e a roupa da cama não deve cobrir a cabeça;
- Quando a criança começar a pegar em objectos, não a deixar sozinha ou sem vigilância no horário das refeições;
- Nunca deixar a criança brincar sozinha com moedas, botões ou outros objectos de pequenas dimensões que ela possa introduzir na boca, nariz ou ouvidos, em especial até ao 5º mês de vida;

Asfixia



- Certificar se os olhos dos bonecos estão bem seguros, assim como outras peças;
- Ter em atenção os sacos de plástico, brinquedos com cordas, o cordão da chupeta;
- Evitar a utilização de colchões, travesseiros ou almofadas demasiado moles;
- Os alimentos devem ser bem triturados, de modo a não oferecer possibilidade de engasgamento;
- Os brinquedos devem estar em bom estado, ser macios, terem um tamanho seguro: no mínimo, um diâmetro superior a 3,2 cm ou se forem esféricos, superior a 4,5 cm e se têm peças ou ornamentos facilmente destacáveis, bem como fios compridos.

Afogamento



- Não deixar a criança sozinha dentro de água, mesmo que a quantidade de água seja muito pequena;
- Colocar tapete anti-derrapante no fundo da banheira;
- Segurar o bebé convenientemente com a técnica aprendida nas aulas de preparação para o parto;
- Não atender o telefone ou ir abrir a porta enquanto a criança estiver na banheira;
- Esvaziar a banheira após a sua utilização;
- Despejar os baldes ou outros recipientes que contenham água quando estiver uma criança por perto.

Electrocussões



- As tomadas devem ser todas protegidas com protectores de segurança ou tomadas tapadas (em toda a casa);
- Todos os aparelhos eléctricos devem estar em bom estado, não podem ter fios descarnados ou gretados, fichas ou tomadas partidas ou abertas;
- Nunca deixar que as crianças brinquem com aparelhos eléctricos;
- Nunca consertar tomadas ou electrodomésticos em frente da criança porque é certo que esta à mais pequena oportunidade irá tentar imitar o que viu fazer.

Acidentes de Viação



- ❖ Nunca colocar a cadeira do bebe no banco da frente, virada para a traseira do veículo, se este tiver equipado com air bag no lado do passageiro;
- ❖ O banco traseiro é o lugar mais seguro para transportar a criança na cadeira;
- ❖ Quando a cadeira estiver colocada deve ser testada a segurança, conforto, evitando problemas de incompatibilidade potencialmente fatais;
- ❖ Os lactentes deverão viajar posicionados num ângulo de cerca de 45° para evitar quedas bruscas ou obstrução das vias aéreas;
- ❖ As crianças devem ser transportadas viradas para a traseira do veículo até terem pelo menos 9 Kg (nunca antes dos 18 meses), a fim de ser reduzido o risco de lesão da coluna cervical por acidente.

BIBLIOGRAFIA

- Associação para Prevenção da Segurança Infantil (2010). *Vale a Pena Crescer em Segurança* (12ª Edição).
- HOCKENBERRY, Marily J. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª Edição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora. ISBN 13:978-0-323-02593-5.
- Instituto do Consumidor (2002). *Crescer Seguro para Ser Feliz*. Lisboa: Instituto do Consumidor. ISBN 972-8715-05-6. Recuperado em 2011, Novembro 15, Disponível na internet <http://www.consumidor.pt/ms/1/pagina.aspx?codigoms=5001&back=1&odigono=0024AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>.
- Instituto do Consumidor (2002). *Brinquedos - Há Brincar e Brincar, Há rir... e chorar?*. Lisboa: Instituto do Consumidor. ISBN 972-8715-05-6. Recuperado em 2011, Novembro 15, Disponível na internet <http://www.consumidor.pt>
- MOREIRA, Virgílio (1999). *A criança dos dois aos seis anos*. Porto: Âmbar. ISBN 972-43-0330-6.
- <http://www.unicef.pt> (acedido a 21/11/2011)
- Imagens adaptadas da Associação para Prevenção da Segurança Infantil .

OBRIGADO PELA VOSSA ATENÇÃO!



QUESTÃO	VERDADEIRA	FALSA
No primeiro ano de vida, os bebés não se encontram em perigo de sofrer um acidente.		X
Durante os primeiros meses de vida, os bebés precisam de estar sempre sob a vigilância de um adulto.	X	
As grades da cama devem ter uma altura superior a 60 cm e o intervalo entre as grades deve ser inferior a 6 cm.	X	
Durante o sono não é necessário puxar as grades do berço para cima.		X
A temperatura da água do banho deve variar entre os 32-37° C.	X	
Se o bebé estiver a dormir profundamente pode ficar com a cabeça tapada.		X
O bebé pode brincar com sacos de plástico desde que esteja sob a vigilância de um adulto.		X
O bebé pode brincar com brinquedos com cordas ou com o cordão da chupeta.		X
As tomadas devem ser todas protegidas com protectores de segurança.	X	
Quando estiver a colocar a água na banheira, deve começar pela água quente e só depois juntar a água fria.		X
Pode-se atender o telefone ou ir abrir a porta enquanto a criança estiver na banheira.		X
Pode-se consertar tomadas ou electrodomésticos em frente da criança.		X
Deve colocar os brinquedos que chiam junto do ouvido do bebé, para ele ouvir melhor.		X
O banco traseiro do carro é o lugar mais seguro para transportar a criança na cadeira.	X	
No carro, a cadeira não pode ser virada para a frente antes dos 18 meses.	X	
Pode-se colocar a cadeira do bebé no banco da frente, virada para a traseira do veículo, se este tiver equipado com airbag no lado do passageiro.		X

APÊNDICE X – Questionários de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

1º QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Título: “ Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida” Data:

Formador: Enf^a Letícia Santos (aluna do 2º CMEESIP da ESEL)

O questionário que se segue tem carácter meramente académico, agradece a sua colaboração no sentido de preencher um antes e outro depois da sessão de educação para a saúde. O seu contributo será considerado na melhoria da qualidade de futuras sessões de formação.

Por favor responda objectivamente ao questionário que se segue. Assinale as questões que se seguem como Verdadeiras ou Falsas.

QUESTÃO	VERDADEIRA	FALSA
No primeiro ano de vida, os bebés não se encontram em perigo de sofrer um acidente.		
Durante os primeiros meses de vida, os bebés precisam de estar sempre sob a vigilância de um adulto.		
As grades da cama devem ter uma altura superior a 60 cm e o intervalo entre as grades deve ser inferior a 6 cm.		
Durante o sono não é necessário puxar as grades do berço para cima.		
A temperatura da água do banho deve variar entre os 32-37º C.		
Se o bebé estiver a dormir profundamente pode ficar com a cabeça tapada.		
O bebé pode brincar com sacos de plástico desde que esteja sob a vigilância de um adulto.		
O bebé pode brincar com brinquedos com cordas ou com o cordão da chupeta.		
As tomadas devem ser todas protegidas com protectores de segurança.		
Quando estiver a colocar a água na banheira, deve começar pela água quente e só depois juntar a água fria.		
Pode-se atender o telefone ou ir abrir a porta enquanto a criança estiver na banheira.		
Pode-se consertar tomadas ou electrodomésticos em frente da criança.		
Deve colocar os brinquedos que chamam junto do ouvido do bebé, para ele ouvir melhor.		
O banco traseiro do carro é o lugar mais seguro para transportar a criança na cadeira.		
No carro, a cadeira não pode ser virada para a frente antes dos 18 meses.		
Pode-se colocar a cadeira do bebé no banco da frente, virada para a traseira do veículo, se este estiver equipado com “airbag” no lado do passageiro.		

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

2º QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Título: “ Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida” **Data:**

Formador: Enf^a Letícia Santos (aluna do 2º CMEESIP da ESEL)

O questionário que se segue tem carácter meramente académico, agradece a sua colaboração no sentido de preencher um antes e outro depois da sessão de educação para a saúde. O seu contributo será considerado na melhoria da qualidade de futuras sessões de formação.

Por favor responda objectivamente ao questionário que se segue. Assinale as questões que se seguem como Verdadeiras ou Falsas.

QUESTÃO	VERDADEIRA	FALSA
No primeiro ano de vida, os bebés não se encontram em perigo de sofrer um acidente.		
Durante os primeiros meses de vida, os bebés precisam de estar sempre sob a vigilância de um adulto.		
As grades da cama devem ter uma altura superior a 60 cm e o intervalo entre as grades deve ser inferior a 6 cm.		
Durante o sono não é necessário puxar as grades do berço para cima.		
A temperatura da água do banho deve variar entre os 32-37° C.		
Se o bebé estiver a dormir profundamente pode ficar com a cabeça tapada.		
O bebé pode brincar com sacos de plástico desde que esteja sob a vigilância de um adulto.		
O bebé pode brincar com brinquedos com cordas ou com o cordão da chupeta.		
As tomadas devem ser todas protegidas com protectores de segurança.		
Quando estiver a colocar a água na banheira, deve começar pela água quente e só depois juntar a água fria.		
Pode-se atender o telefone ou ir abrir a porta enquanto a criança estiver na banheira.		
Pode-se consertar tomadas ou electrodomésticos em frente da criança.		
Deve colocar os brinquedos que chamam junto do ouvido do bebé, para ele ouvir melhor.		
O banco traseiro do carro é o lugar mais seguro para transportar a criança na cadeira.		
No carro, a cadeira não pode ser virada para a frente antes dos 18 meses.		
Pode-se colocar a cadeira do bebé no banco da frente, virada para a traseira do veículo, se este estiver equipado com “airbag” no lado do passageiro.		

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

APÊNDICE XI – Análise dos dados da Sessão de Educação para a Saúde

ANÁLISE DOS DADOS DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

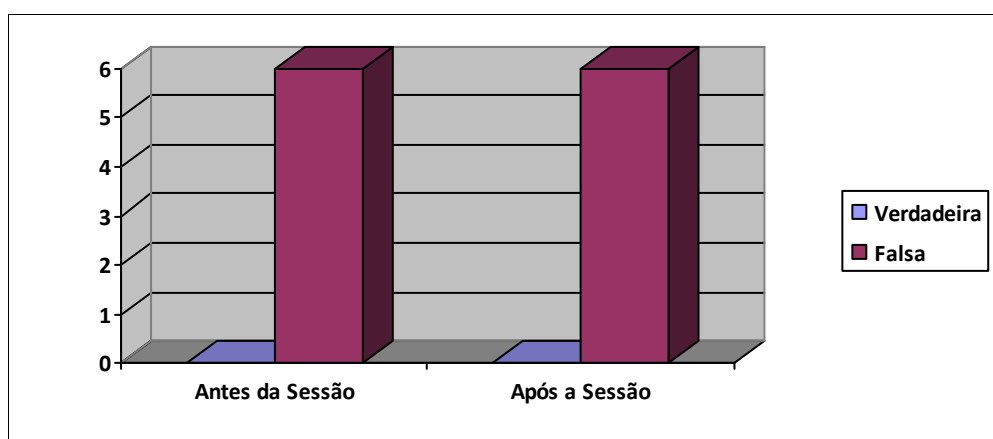
A Sessão de Educação para a Saúde foi apresentada a seis pessoas: cinco grávidas e um companheiro. Foram aplicados dois questionários, um antes da Sessão de Educação para a Saúde e outro no final da Sessão. O questionário aplicado no início da Sessão teve como objectivo avaliar os conhecimentos dos participantes acerca do tema e no fim da sessão teve como finalidade avaliar o resultado final das aprendizagens dos participantes.

Após a colheita de dados estes devem ser manipulados e obtidos os resultados, que constituem um passo central da pesquisa. A análise e interpretação de dados são dois processos intimamente relacionados.

Os dados obtidos através do instrumento de recolha de dados (questionário) foram tratados por um processo informático através do programa Excel, que permite realizar cálculos estatísticos e visualizar os seus resultados.

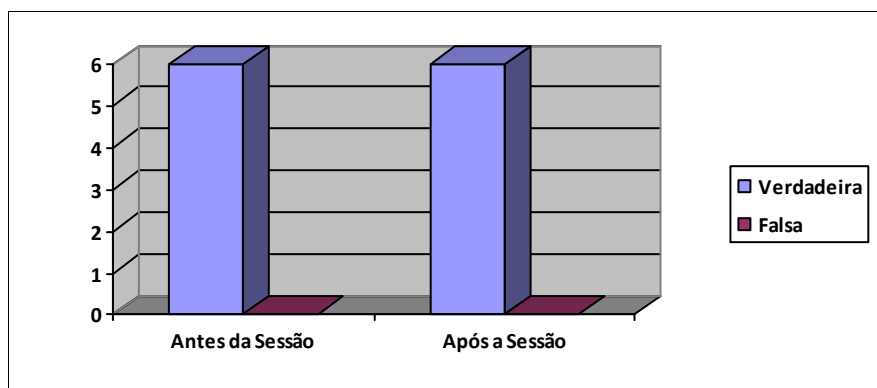
Os dados foram tratados estatisticamente por meio informático e apresentados sob a forma de Diagrama de barras, de modo a facilitar uma rápida interpretação e compreensão dos mesmos.

Figura 1: Diagrama de barras referente à questão – No primeiro ano de vida, os bebés não se encontram em perigo de sofrer um acidente.



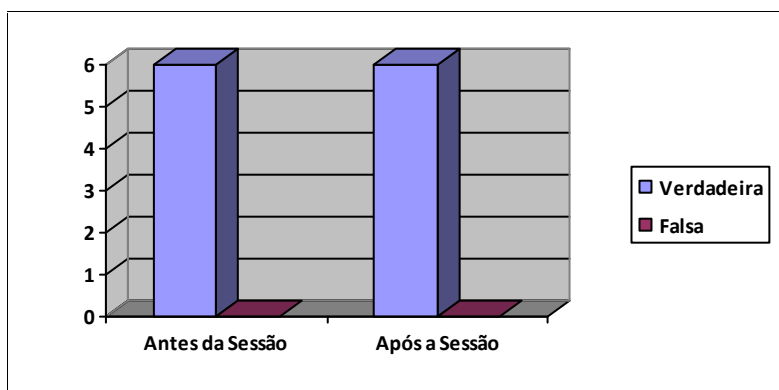
O diagrama de barras da figura 1 compara os dados relativos à primeira questão do questionário antes e após a Sessão de Educação para a Saúde. Tendo em conta que a questão é Falsa, podemos verificar que todos os inquiridos responderam que a questão era Falsa, tanto antes como após a Sessão de Educação para a Saúde.

Figura 2: Diagrama de barras referente à questão – Durante os primeiros meses de vida, os bebés precisam de estar sempre sob a vigilância de um adulto.



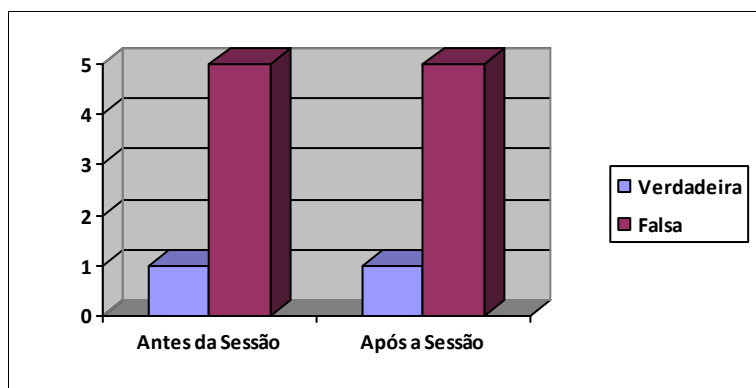
O diagrama de barras da figura 2 compara os dados relativos à segunda questão do questionário antes e após a Sessão de Educação para a Saúde. Esta questão é Verdadeira e podemos verificar que todos os inquiridos responderam que a questão era Verdadeira, tanto antes como após a Sessão de Educação para a Saúde.

Figura 3: Diagrama de barras referente à questão – As grades da cama devem ter uma altura superior a 60 cm e o intervalo entre as grades deve ser inferior a 6 cm.



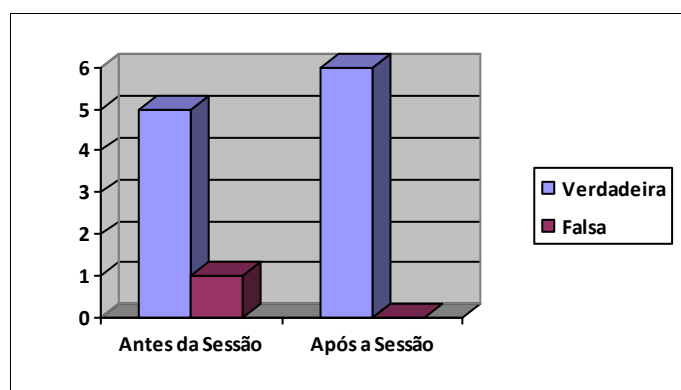
O diagrama de barras da figura 3 compara os dados relativos à terceira questão do questionário antes e após a Sessão de Educação para a Saúde. Esta questão é Verdadeira e podemos verificar que todos os inquiridos responderam que a questão era Verdadeira, tanto antes como após a Sessão de Educação para a Saúde.

Figura 4: Diagrama de barras referente à questão – Durante o sono não é necessário puxar as grades do berço para cima.



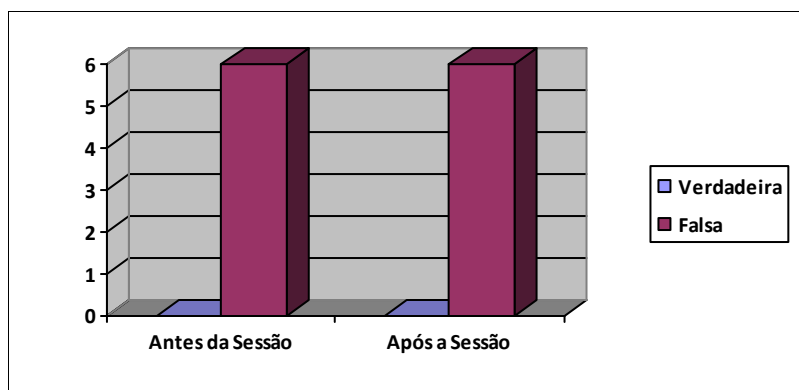
O diagrama de barras da figura 4 compara os dados relativos à quarta questão do questionário antes e após a Sessão de Educação para a Saúde. Esta questão é Falsa. Pode verificar-se que cinco inquiridos responderam que a questão era Falsa, só um inquirido é que respondeu que era Verdadeira, tanto antes como após a Sessão de Educação para a Saúde.

Figura 5: Diagrama de barras referente à questão – A temperatura da água do banho deve variar entre os 32-37° C.



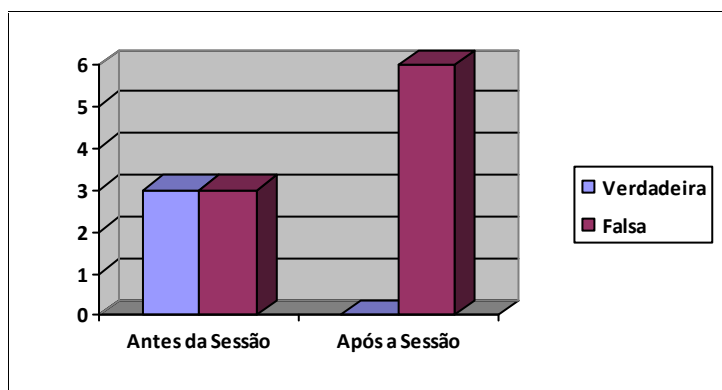
O diagrama de barras da figura 5 compara os dados relativos à quinta questão do questionário antes e após a Sessão de Educação para a Saúde. Esta questão é Verdadeira. Podemos verificar que cinco inquiridos responderam que a questão era Verdadeira, só um inquirido é que respondeu que era Falsa antes da Sessão de Educação para a Saúde. Após a Sessão todos mencionaram que a questão era Verdadeira.

Figura 6: Diagrama de barras referente à questão – Se o bebé estiver a dormir profundamente pode ficar com a cabeça tapada.



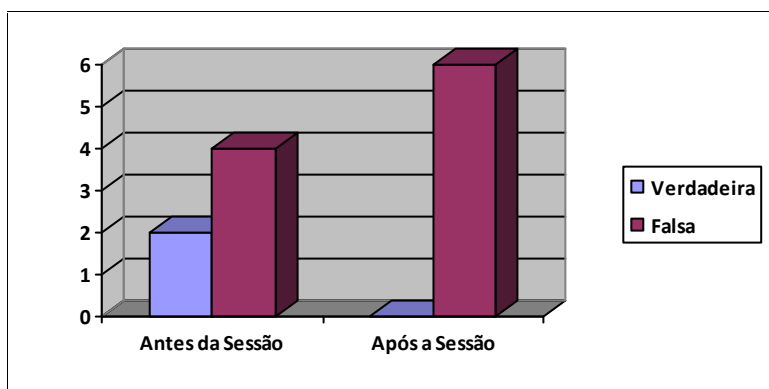
O diagrama de barras da figura 6 compara os dados relativos à sexta questão do questionário antes e após a Sessão de Educação para a Saúde. Esta questão é Falsa. Pode verificar-se que os inquiridos responderam que a questão era Falsa, tanto antes como após a Sessão de Educação para a Saúde.

Figura 7: Diagrama de barras referente à questão – O bebé pode brincar com sacos de plástico desde que esteja sob a vigilância de um adulto.



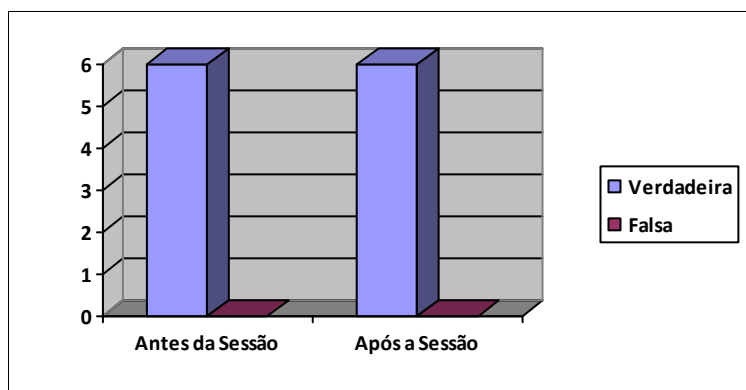
O diagrama de barras da figura 7 compara os dados relativos à sétima questão do questionário antes e após a Sessão de Educação para a Saúde. A questão é Falsa. Podemos verificar que antes da Sessão metade dos inquiridos consideravam a questão Verdadeira e a outra metade considerava a questão Falsa. Após a Sessão todos os inquiridos consideraram a questão Falsa.

Figura 8: Diagrama de barras referente à questão – O bebé pode brincar com brinquedos com cordas ou com o cordão da chupeta.



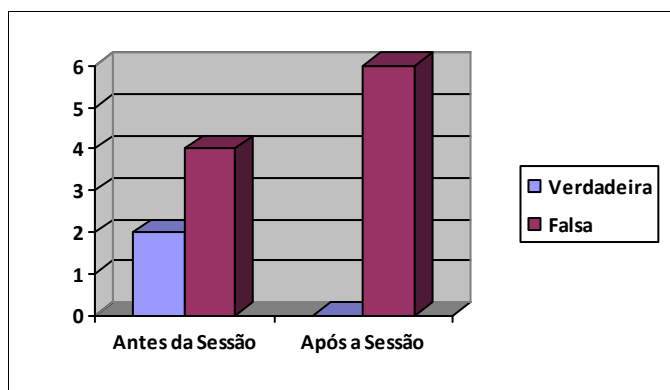
O diagrama de barras da figura 8 compara os dados relativos à oitava questão do questionário antes e após a Sessão de Educação para a Saúde. A questão é Falsa. Pode-se verificar que antes da Sessão dois dos inquiridos consideravam a questão Verdadeira e os restantes quatro consideravam a questão Falsa. Após a Sessão todos os inquiridos consideraram a questão Falsa.

Figura 9: Diagrama de barras referente à questão – As tomadas devem ser todas protegidas com protectores de segurança.



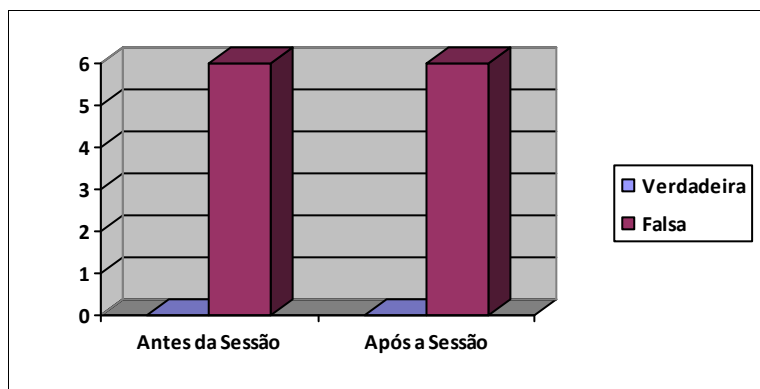
O diagrama de barras da figura 9 compara os dados relativos à nona questão do questionário antes e após a Sessão de Educação para a Saúde. Esta questão é Verdadeira. Pode verificar-se que os inquiridos responderam que a questão era Verdadeira, tanto antes como após a Sessão de Educação para a Saúde.

Figura 10: Diagrama de barras referente à questão – Quando estiver a colocar a água na banheira, deve começar pela água quente e só depois juntar a água fria.



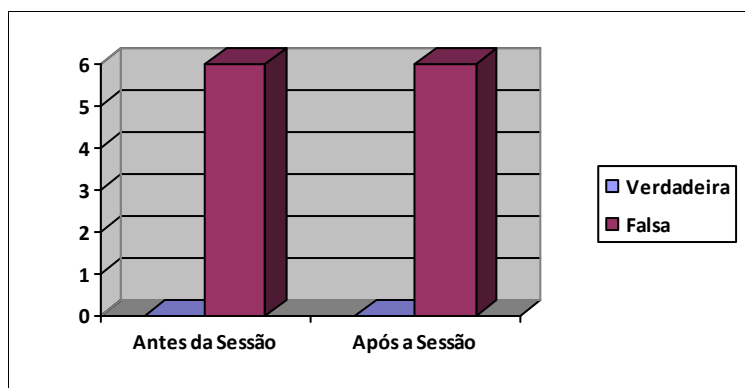
O diagrama de barras da figura 10 compara os dados relativos à décima questão do questionário antes e após a Sessão de Educação para a Saúde. A questão é Falsa. Podemos verificar que antes da Sessão dois dos inquiridos consideravam a questão Verdadeira e os restantes quatro consideravam a questão Falsa. Após a Sessão todos os inquiridos consideraram a questão Falsa.

Figura 11: Diagrama de barras referente à questão – Pode-se atender o telefone ou ir abrir a porta enquanto a criança estiver na banheira.



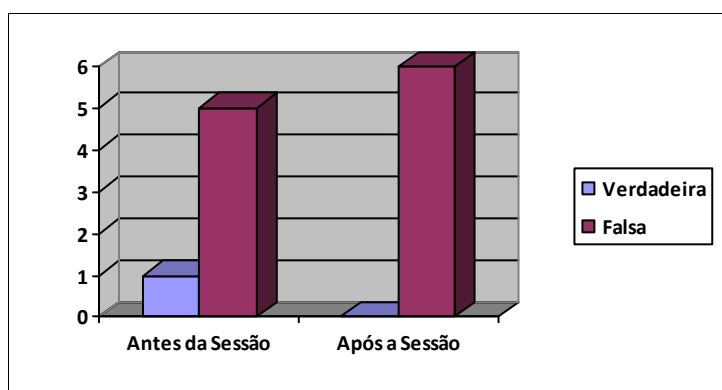
O diagrama de barras da figura 11 compara os dados relativos à décima primeira questão do questionário antes e após a Sessão de Educação para a Saúde. Esta questão é Falsa. Pode verificar-se que os inquiridos responderam que a questão era Falsa, tanto antes como após a Sessão de Educação para a Saúde.

Figura 12: Diagrama de barras referente à questão – Pode-se consertar tomadas ou electrodomésticos em frente da criança.



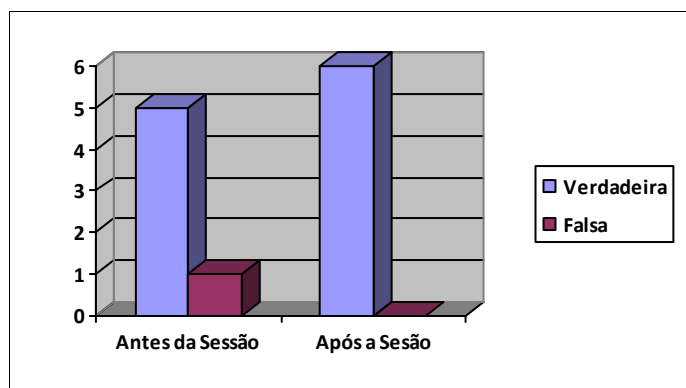
O diagrama de barras da figura 12 compara os dados relativos à décima segunda questão do questionário antes e após a Sessão de Educação para a Saúde. Esta questão é Falsa. Pode verificar-se que os inquiridos responderam que a questão era Falsa, tanto antes como após a Sessão de Educação para a Saúde.

Figura 13: Diagrama de barras referente à questão – Deve colocar os brinquedos que chamam junto do ouvido do bebé, para ele ouvir melhor.



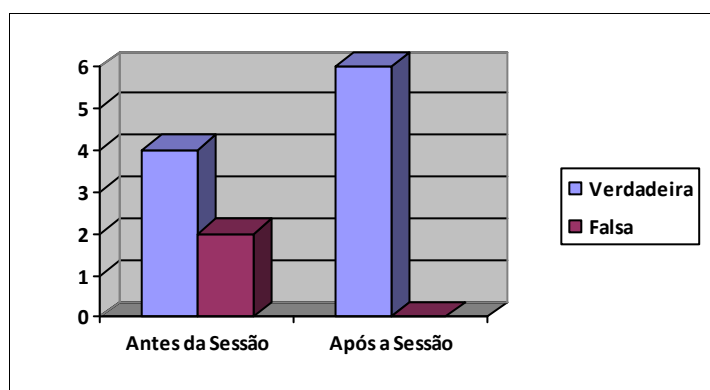
O diagrama de barras da figura 13 compara os dados relativos à décima terceira questão do questionário antes e após a Sessão de Educação para a Saúde. Esta questão é Falsa. Pode verificar-se que antes da Sessão cinco inquiridos responderam que a questão era Falsa, só um inquirido respondeu que era Verdadeira. Após a Sessão de Educação para a Saúde todos os inquiridos mencionaram que a questão era Falsa.

Figura 14: Diagrama de barras referente à questão – O banco traseiro do carro é o lugar mais seguro para transportar a criança na cadeira.



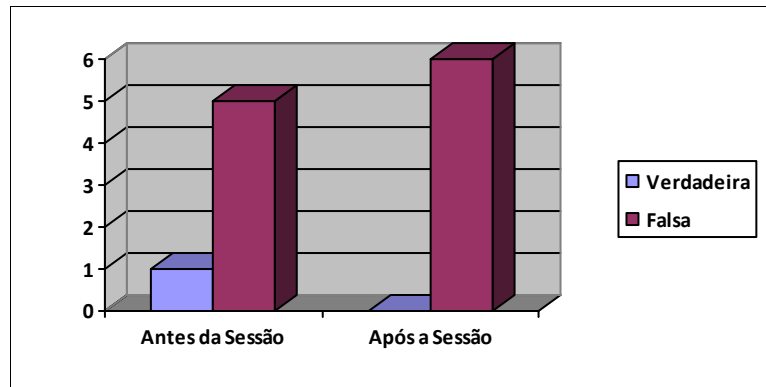
O diagrama de barras da figura 14 compara os dados relativos à décima quarta questão do questionário antes e após a Sessão de Educação para a Saúde. A questão é Verdadeira. Pode verificar-se que antes da Sessão cinco inquiridos responderam que a questão era Verdadeira, só um inquirido é que respondeu que era Falsa. Após a Sessão de Educação para a Saúde todos os inquiridos mencionaram que a questão era Verdadeira.

Figura 15: Diagrama de barras referente à questão – No carro, a cadeira não pode ser virada para a frente antes dos 18 meses.



O diagrama de barras da figura 15 compara os dados relativos à décima quinta questão do questionário antes e após a Sessão de Educação para a Saúde. Esta questão é Verdadeira e verificou-se que quatro dos inquiridos consideraram a questão Verdadeira, só dois inquiridos consideraram a questão Falsa antes da Sessão. Após a Sessão todos os inquiridos consideraram a questão Verdadeira.

Figura 16: Diagrama de barras referente à questão – Pode-se colocar a cadeira do bebé no banco da frente, virada para a traseira do veículo, se este tiver equipado com airbag no lado do passageiro.



O diagrama de barras da figura 16 compara os dados relativos à décima sexta questão do questionário antes e após a Sessão de Educação para a Saúde. Esta questão é Falsa e verificou-se que cinco dos inquiridos consideraram a questão Falsa, só um dos inquiridos é que considerou a questão Verdadeira antes da Sessão. Após a Sessão todos os inquiridos consideraram a questão Falsa.

APÊNDICE XII – Panfleto: “Recomendações para a Prevenção de Acidentes no Recém-nascido”

CONTACTOS

Associação para a Promoção da Segurança Infantil
Vila Berta, 7-r/c Esq. - 1170-400 Lisboa
Telf. 218 844 100 Fax: 218 844 109
apsi@apsi.org.pt - www.apsi.org.pt

Saúde 24/Dói-dói, trim-trim
Telf. 808 24 24 00
www.saude24.pt

Centro de Saúde de Torres Vedras
Rua Fernando Barros Ferreira Leal - Urbanização
Conquinha 2560-253 Torres Vedras
Telf. 261 336 350 Fax: 261 336 362
geral@cstvedras.min-saude.pt

Realizado por: **Leticia Libânia Dos Santos**



Aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização
de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de En-
fermagem de Lisboa

Textos e imagens adaptados de:



- Anime seu espaço.com
- Associação para a Promoção de Segurança Infantil
- HOCKENBERRY, Marily J. (2006) - Wong Fundamentos de
Enfermagem Pediátrica, 7ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier
Editora. ISBN 13:978-0-323-02593-5.

- Os brinquedos recomendados são: mobiles com música e movimento para o berço; mordedores; guizos; rocas; espelhos inquebráveis; bonecos de tecido ou borracha; ginásios. Convém sempre comprovar se os brinquedos têm a etiqueta da CE, a qual indica que foi submetido a controlo e que cumpre todos os requisitos de segurança da União Europeia.



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.
- Lembre-se sempre que, para as crianças, todas as coisas são brinquedos e tudo é brincadeira.

Centro de Saúde de Torres Vedras

RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO RECÉM-NASCIDO



Recomendações

No Centro de Saúde de Torres Vedras há uma equipa de profissionais constantemente preocupados com a segurança do seu filho.

Proporcionar um ambiente seguro para o recém-nascido é uma das metas da equipa de Enfermagem.

Acreditamos que a prevenção de acidentes é uma responsabilidade que cabe a todos.

É bastante importante dar atenção a todos os aspectos dos locais onde o recém-nascido costuma estar, tornando-os o mais seguros possível e adoptando comportamentos correctos quando manipulado, evitando assim a ocorrência de acidentes



Com o objectivo de evitar os acidentes no recém-nascido, os pais/ família/ pessoa significativa devem atender às seguintes recomendações:

• Se a casa tiver lareira é importante que esteja devidamente protegida para evitar que as fagulhas sejam projectadas para fora.



• As grades de segurança devem ter uma altura superior a 60cm e a distância entre as grades do berço do recém-nascido não deverá ultrapassar os 6cm, evitando que fique com a cabeça no intervalo das grades.

- O colchão da cama deverá ter o tamanho apropriado ao da cama, não devendo existir qualquer espaço entre estes e as protecções do berço.
- Nunca colocar sacos térmicos ou cobertores eléctricos no berço ou junto do recém-nascido.
- Não colocar no berço almofadas ou brinquedos que possam magoar o recém-nascido.
- Não dormir com o recém-nascido na mesma cama.
- Alimentar sempre o recém-nascido na posição de semi-sentado.

- O vestuário do recém-nascido não deverá ter botões (ou pelo menos certificar-se que os botões estão bem cosidos), nem cordões ou fitas suspensos com tamanho superior à largura do seu pescoço.
- É preferível vestir mais roupa do que aquecer demasiado o quarto.
- Nunca deixar o recém-nascido sozinho em local pouco seguro (por exemplo: bancada, banheira).
- Para preparar a água do banho é aconselhável deixar correr primeiro a água fria e só depois temperar com água quente.



• Antes de se fornecer o biberão é necessário avaliar a temperatura do leite colocando umas gotas sobre o pulso.

- Quando o recém-nascido está ao colo não se deve transportar recipientes com líquidos, comida quente ou outros produtos que possam salpicá-lo e queimá-lo.



• Nos carrinhos, cadeiras ou ovos colocar sempre o cinto ajustado.



**APÊNDICE XIII – Sessão de Formação em Serviço: “Tradução e Validação da Escala
Humpty Dumpty”**



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Tradução e Validação da Escala *Humpty Dumpty*

Trabalho realizado por:

Letícia Santos (aluna do Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da ESEL)

Professora Orientadora: Prof^a Dr^a M^a Manuela Soveral

Dezembro de 2011



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Sumário:

- Objectivos
- Justificação da Problemática
- Escala de Avaliação Risco de Queda – *Humpty Dumpty*
- Notificação de queda do doente
- Avaliação das condições do equipamento
- Considerações Finais
- Referências Bibliográficas

Dezembro de 2011



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Objectivos:

- Sensibilizar os enfermeiros para a temática das quedas em ambiente hospitalar
- Sensibilizar os enfermeiros para a implementação de um programa de intervenção de enfermagem na prevenção de quedas em ambiente hospitalar.

Dezembro de 2011



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Justificação da Problemática:

▪ As quedas dos utentes em ambiente Hospitalar são um factor de preocupação das instituições de saúde e a prevenção da queda do utente é considerada um foco sensível aos cuidados de enfermagem.

▪ Nos EUA é um dos 10 indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem, seleccionados pela Associação Americana de Enfermeiros.

(Gaspar & Westwood, 2010)

▪ Enquanto que na Inglaterra é o Indicador 13: Falls.

(International Quality Indicator Project, 2005)

Dezembro de 2011



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Justificação da Problemática :

▪ As quedas são um dos principais acidentes que ocorrem em pessoas hospitalizadas, constituindo um importante problema de saúde pública.

▪ A promoção da Segurança da pessoa hospitalizada, em geral, e a prevenção de quedas, em particular, constitui uma preocupação crescente entre os prestadores de cuidados de enfermagem, pelo que se torna fundamental reflectir acerca desta temática.

▪ As quedas são um risco real, acontecem em meio hospitalar e constituem um indicador de qualidade assistencial.

(Saraiva *et al*, 2008)

Dezembro de 2011



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Justificação da Problemática :

- A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros
- Definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configura um enorme desafio – quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de reflectir sobre o exercício profissional dos enfermeiros.

(O.E., 2002)

Dezembro de 2011

6



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Justificação da Problemática :

- Crianças com <36M, a existência de episódios de desorientação e mobilidade alterada e a história de quedas anteriores.
- O estudo apresentou que em 82,8% dos casos de quedas, os pais/cuidadores estavam presentes; que a criança caiu, principalmente, no quarto/unidade (87%); que a cama é o equipamento mais envolvido na queda (35%); a maior parte das quedas ocorreram em camas de adulto (87%), 12,5% em berços e 1,3% em camas pequenas; as crianças caíram ao deslocar-se para o WC (22%) ou a entrar/sair da cama (20%).

(Razmus *et al*, 2006)

Dezembro de 2011

7



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Justificação da Problemática :

- Entre 1 de Janeiro e 30 de Junho de 2006 ocorreram 57 quedas, 55% no sexo F e 45% no sexo M.
- A maioria das Quedas ocorreram em crianças com 1-2 anos (30%), os adolescentes com os 11-18anos (28%). 63% das quedas ocorreram na presença dos pais. A maioria das quedas ocorreram no serviço de Pediatria Médica (18%), Unidade de Oncologia (14%), Fisioterapia (14%), na Unidade de Emergência (12%).
- As auditorias revelaram que houve um aumento do número de casos de quedas em crianças hospitalizadas, desde a implementação deste programa, isto deve-se ao facto das notificações de quedas terem aumentado.

(Cooper & Nolt, 2007)

Dezembro de 2011

8



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Justificação da Problemática :

- Miami Children's Hospital estudou 153 crianças que caíram durante os anos de 2005-2006, verificando-se que a maioria das quedas ocorreram em crianças com menos de 3 e mais de 13 anos, crianças com doença neurológica e seguidas de doenças respiratórias (asma) e doenças gastrointestinais (desidratação ou vômitos).

- As intervenções de enfermagem consistiam em implementar um protocolo de prevenção para as quedas pediátricas e identificar as crianças com elevado risco de quedas, com o objectivo de reduzir a sua ocorrência.

(Hill-Rodriguez *et al*, 2009)

Dezembro de 2011

9



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas Humpty Dumpty

- É importante entender que todos os utentes estão em risco de cair e que é importante identificar o seu nível de risco.

(Payson & Haviley, 2007)



Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty*

Dezembro de 2011

10



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas Humpty Dumpty

- A Escala *Humpty Dumpty* é uma ferramenta de avaliação de risco de queda em crianças e jovens Hospitalizados, constituída por sete itens: idade; sexo; diagnóstico; deficiências cognitivas; factores ambientais, reacção a cirurgia/sedação/anestesia e consumo medicamentoso.
- 2 padrões de risco - padrão de baixo risco (resultado 7-11) e padrão de elevado risco (resultado de 12 e superior).

Dezembro de 2011

11



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas Humpty Dumpty

Objectivos

- Identificar o nível de risco de queda na criança e no jovem.
- Actuar consoante o nível de risco.
- Prevenir possíveis quedas.
- Aumentar a segurança da criança e do jovem.
- Aumentar a satisfação da criança e do jovem e acompanhantes.

Dezembro de 2011

12



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty*

Definições

Diagnóstico - se a criança apresentar múltiplos diagnósticos deve considerar-se o resultado mais elevado

Exemplos de diagnósticos:

- Neurológicos - convulsão, traumatismo craniano, hidrocefalia, paralisia cerebral;
- Alteração da oxigenação - engloba qualquer diagnóstico que resulte da diminuição da oxigenação cerebral ou diminuição da capacidade de transporte de oxigénio pelos glóbulos vermelhos. Vai para além das doenças respiratórias podendo incluir desidratação, anemia, anorexia, síncope;
- Distúrbios psicológicos/comportamentais – pode incluir alterações de humor (depressão / doença bipolar) e comportamentos impulsivos;
- Outros diagnósticos – qualquer que não se englobe nos anteriores.

Dezembro de 2011

13



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty*

Definições

Deficiências cognitivas:

- Não tem noção dos limites – pode ser aplicado a qualquer grupo etário e é dependente da compreensão das consequências dos seus actos;
- Esquece os limites - pode ser aplicado a qualquer grupo etário. A criança tem a capacidade de compreender as suas limitações, contudo devido a factores como a idade, diagnóstico, quadro sintomático ou alterações funcionais recentes (exemplo: perda de consciência ou hipoglicémia) a criança esquece as suas limitações.

Dezembro de 2011

14



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty* Definições

Factores ambientais:

- ✓ Historial de quedas - refere-se a um evento de queda do doente no internamento actual.
- ✓ Bebé/Criança com menos 3 anos deitada na Cama - refere-se à situação em que o bebé/criança com menos de 3 anos é colocado numa cama de adulto, em vez de ser no berço, por exemplo, por falta de berços disponíveis no Serviço.
- ✓ Doente utiliza dispositivos de assistência – por exemplo: cadeira de rodas, canadianas, etc.
- ✓ Mobiliário/Iluminação – refere-se ao excesso de mobiliário/ equipamento da enfermaria que pode colocar o doente em risco de queda. A iluminação refere-se às situações em que há pouca luz na enfermaria (por exemplo, avaria).
- ✓ Zona de Ambulatório – refere-se à criança que deambula. Mas, por exemplo, no período nocturno a criança não se encontra neste critério de avaliação, mas sim num dos critérios anteriores dos factores ambientais.

Dezembro de 2011

15



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty*

Aplicação da Escala

- Aplicar a escala *Humpty Dumpty* na admissão da (o) criança/jovem.
- 1X / Turno
- Sempre que houver uma mudança nas condições do doente que possa afectar o seu risco de queda

Dezembro de 2011

16



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty*

Aplicação da Escala

- Interpretar a pontuação da escala *Humpty Dumpty*
- Actuar consoante o nível de risco

Dezembro de 2011

17



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty*

Protocolo Padrão de Baixo Risco (resultado 7-11)

- Orientação para o quarto;
- Cama em posição baixa, travões accionados;
- Grades de segurança x 2 ou 4 levantadas, avaliação de aberturas de grande dimensão, com envergadura que possa levar a que o doente entale um membro ou outra parte do corpo, utilização de procedimentos de segurança adicionais;
- Utilização de calçado antiderrapante nos doentes não acamados, utilização de vestuário de tamanho adequado para prevenir tropeções;
- Avaliar as necessidades de eliminação, prestar auxílio se for necessário;
- A luz de chamada encontra-se ao alcance, educar o doente/a família sobre a sua função;
- Ambiente livre de equipamento não utilizado, o mobiliário encontra-se no lugar, livre de riscos;
- Avaliar a existência de iluminação adequada, deixar a luz de presença acesa;
- Disponibilizar educação de doentes e familiares aos pais e ao doente;
- Documentar o ensino sobre a prevenção de quedas e incluir no plano de cuidados.

Dezembro de 2011

18



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty*

Protocolo Padrão de Elevado Risco (resultado 12 e superior)

- Identificar com o símbolo correspondente ao risco elevado, na cama do doente, no historial clínico do doente e no quadro da sala de trabalho
- Educar o doente/os pais sobre as precauções do protocolo de quedas;
- Verificar o doente, no mínimo, a cada hora;
- Acompanhar o doente nas deslocações;
- Colocar o doente numa cama adequada ao respectivo desenvolvimento;
- Ponderar deslocar o doente para mais perto da sala de enfermagem;
- Avaliar a necessidade supervisão 1:1;
- Avaliar as horas de administração medicamentosa;
- Retirar todo o equipamento não utilizado do quarto;
- Barreiras de segurança para confinar espaços e aberturas na cama;
- Manter sempre a porta aberta, a não ser que estejam implementadas precauções de isolamento específicas;
- Manter a cama na posição mais baixa, a não ser que o doente esteja a ser assistido directamente;
- Documentar o ensino e o plano de cuidados no relatório de enfermagem.

Dezembro de 2011

19



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Metodologia de Validação da escala

- Pedido de autorização aos autores da Escala *Humpty Dumpty Falls Scale* (HDFS).

▪ Processo de tradução da HDFS

Tradução da HDFS para a língua portuguesa

- Segundo Fotin (2009, p. 397) “a tradução deve ser feita pelo menos por dois tradutores independentes. Um traduz o instrumento na língua de chegada, o outro retraduz o texto na língua de partida”.

- A tradução de uma escala de medida, de uma língua para a outra, altera-se a fidelidade e validade da mesma.

(Fortin, 2009)

Dezembro de 2011

20



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Metodologia de Validação da escala

▪ Processo de adaptação e validação da Escala

- ✓ Estrutura factorial
- ✓ Fidelidade
- ✓ Validade (constructo e conteúdo)

▪ Ribeiro (1999, p.112) refere o essencial para qualquer medição ser precisa é, primeiro, que meça o que se pretende medir e não outro aspecto diferente ou parecido (validade) e, segundo, que se a medição for repetida, nas mesmas condições, com os mesmos respondentes, o resultado encontrado seja idêntico (dentro de um erro aceitável) (fidelidade).

Dezembro de 2011

21



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Notificação de queda do doente

- Deve-se prevenir os riscos, identificando-os, analisando a origem e propondo acções preventivas. A análise dos riscos tem como objectivo estimar factores que interferem na segurança e os potenciais danos que o mesmo acometerá ao indivíduo; tais avaliações servem de subsídios para controle e prevenção dessa exposição.

(Lima, Leventhal & Fernandes, 2008)

- A monitorização de quedas deve ser uma prioridade na qualidade dos cuidados de enfermagem.

(Donaldson, Brown, Aydin, Bolton e Rutledge, 2005, citados por *Continuing Nursing Education Series*, 2009)

Dezembro de 2011

22



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Notificação de queda do doente

- Em caso de ocorrência de queda de uma criança ou jovem em ambiente Hospitalar deve-se proceder à notificação da mesma através da Folha de Registo de Queda
- Protocolo de Registo de Incidente de queda

Dezembro de 2011

23



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Avaliação das Condições do Equipamento

- No hospital, os equipamentos que podem colocar o doente em risco de queda devem ser verificados regularmente por pessoal qualificado. No entanto, alguns equipamentos que são usados diariamente como, por exemplo, as cadeiras de rodas podem cair no esquecimento e não ser verificados com tanta regularidade
(Morse, 2009)

- Elaborei uma *Checklist* da Segurança do equipamento.

Dezembro de 2011

24



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Considerações Finais

- Os enfermeiros devem estar despertos para avaliar o risco de quedas em utentes, utilizando uma escala de avaliação de risco de queda
- Tal ferramenta é a base do sucesso de um Programa de Intervenção de Enfermagem na prevenção de quedas.
- Esta ferramenta vai ajudar a identificar quais os doentes que estejam em baixo ou alto risco de queda, e intervir, de forma a reduzir o número de quedas de doentes em ambiente Hospitalar.

Dezembro de 2011

25



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Referências Bibliográficas

- Continuing Nursing Education Series (2009). Pediatric falls: state of science. *Pediatric Nursing*, 35 (4), 227-231.
- Cooper, C.L. & Nolt, J.D. (2007). Development of an evidence-based pediatric fall prevention program. *Journal of Nursing Care Quality*, 22 (2), 107-12. Retrieved from EBSCOhost.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-8075-18-5.
- Gaspar, I., & Westwood, I. (2010). *Dia mundial do doente*. Recuperado em 2011, Junho 15, de http://www.hsfxavier.minsaude.pt/Downloads_HSA/HSFX/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20e%20Imagem/Jornal%20do%20Centro/2010/jornal47.pdf.
- Hill-Rodriguez, D., Messmer, P.R., Willams, P.D., Zeller, R.A., Williams, A.R., Wood, M., Henry, M. (2009). The Humpty Falls Scale: A Case-Control Study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14 (1), 22-32. Retrieved from EBSCOhost.
- International Quality Indicator Project (2005). *Indicator 13: falls*. Recuperado em 2011, Junho 15, de <http://www.internationalqip.com/>.
- Lima, L., Leventhal, L., Fernandes, M. (2008). Identificando os riscos do paciente hospitalizado. *Einstein*, 6 (4), 434-438. Recuperado em 2011, Outubro 15, de <http://apps.einstein.br/REVISTA/arquivos/PDF/992Einsteinv6n4port434-438.pdf>.
- Morse, J. (2009). *Preventing Patient Falls: Establishing a fall Intervention Program* (2ª Edition). New York: Springer Publishing Company, LLC. ISBN 978-0-8261-0389-5.
- Ordem Dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Caderno temático. Lisboa.
- Payson, C. & Haviley, C. (2007). *Patient Falls Assessment and Prevention*. Global Edition. ISBN: 978-1-60146-078-3. Recuperado em 2011, Março 15, de http://www.hcmarketplace.com/supplemental/3663_browse.pdf.
- Razmus, I., Wilson, D., Smith, R., Newman, E. (2006). Falls in hospitalized children. *Pediatric Nursing*, 32 (6), 568-72. Retrieved from EBSCOhost.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (1ª ed.). Lisboa: CLIMEPSI Editores. ISBN 972-8449-44-5.
- Saraiva, D., Louro, I., Ferreira, L., Batista, P., Pina, S. (2008). Quedas indicador da qualidade assistencial. *Revista Nursing*, 235, 28-35.

Dezembro de 2011

26

APÊNDICE XIV – Análise dos dados da Sessão da Formação em Serviço

ANÁLISE DOS DADOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

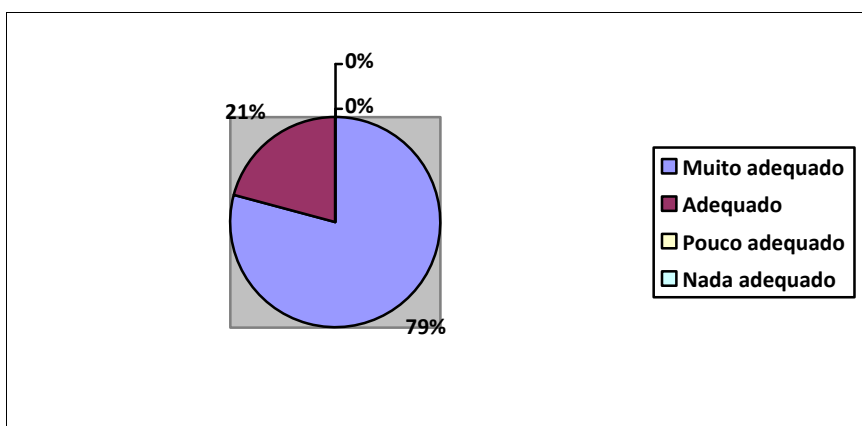
A Sessão de Formação em Serviço foi apresentada a vinte e quatro enfermeiros. Foi aplicado um questionário com objectivo de os participantes expressarem a sua opinião relativamente à forma como decorreu a sessão.

Após a colheita de dados estes devem ser manipulados e obtidos os resultados, que constituem um passo central da pesquisa. A análise e interpretação de dados são dois processos intimamente relacionados.

Os dados obtidos através do instrumento de recolha de dados (questionário) foram tratados por um processo informático através do programa Excel, que permite realizar cálculos estatísticos e visualizar os seus resultados.

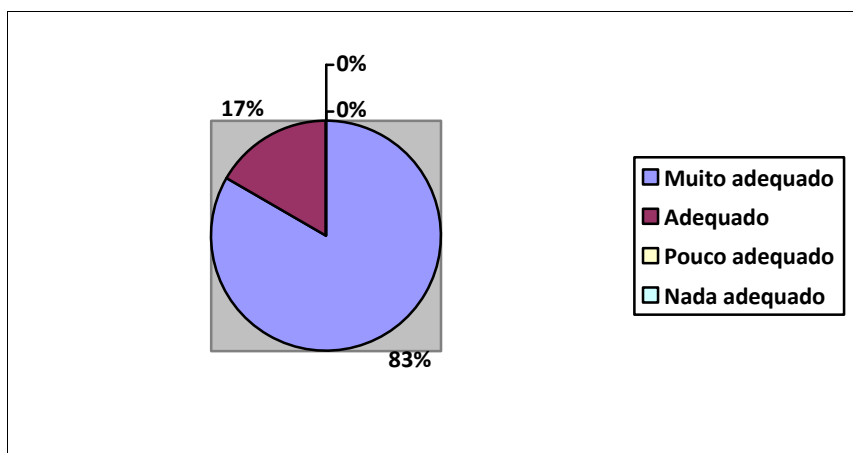
Os dados foram tratados estatisticamente por meio informático e apresentados sob a forma de Diagrama de sectores, de modo a facilitar uma rápida interpretação e compreensão dos mesmos.

Figura 1: Diagrama de sectores referentes à questão: como avalia os temas debatidos/ apresentados na Sessão?



O diagrama de sectores da figura 1 apresenta que 79% dos enfermeiros consideraram o tema debatido/ apresentado na sessão muito adequado e 21% consideraram-no adequado.

Figura 2: Diagrama de sectores referentes à questão: como avalia a apresentação realizada?



O diagrama de sectores da figura 2 apresenta que 83% dos enfermeiros consideraram a apresentação realizada como muito adequada e 17% consideraram-na adequada.

Figura 3: Diagrama de sectores referentes à questão: esta acção de formação irá alterar comportamentos/ técnicas?

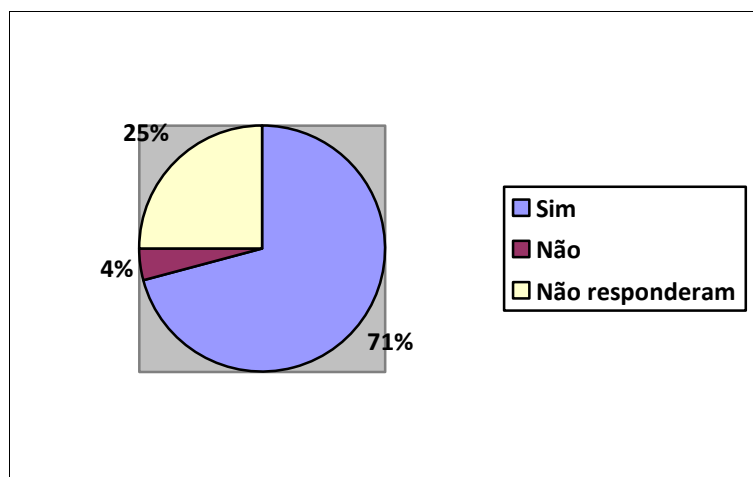


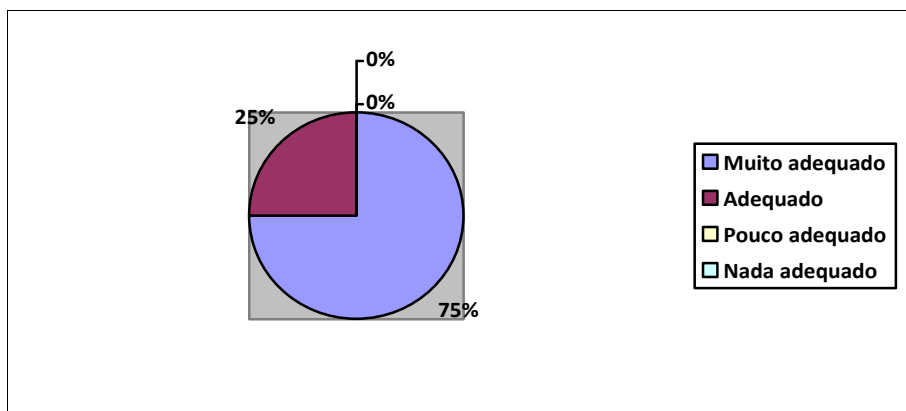
Tabela1: Tabela referente à questão: Justifique?

Justificação	Nº de Pessoas
Permitir obter conhecimentos acerca da escala de avaliação de risco de quedas	1
Permitir avaliar o risco de quedas de cada doente	5
Permitir registar intervenções de enfermagem, de forma a minimizar o risco de queda	1
Esta escala tem aplicabilidade na prática de enfermagem	1
Permitir uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados	7
Permitir melhorar comportamentos promovendo um ambiente seguro	2
Total	17

O diagrama de sectores da figura 3 apresenta que 71% dos participantes referiram que esta formação irá alterar comportamentos/ técnicas, apenas 4% referiram que não e 25% não responderam à questão.

A tabela 1 apresenta as justificações dadas pelos 17 enfermeiros que responderam à questão. Podemos verificar que 7 participantes referiram que esta sessão de formação vai permitir uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados e 5 participantes mencionaram que vai permitir avaliar o risco de quedas de cada doente.

Figura 4: Diagrama de sectores referentes à questão: como avalia a sessão de acordo com as suas expectativas?



O diagrama de sectores da figura 4 apresenta que 75% dos participantes refere a sessão muito adequada de acordo com as suas expectativas, apenas 25% refere que foi adequada.

Em relação à questão: “Sugestões e/ ou comentários que considere relevantes”. Nenhum dos 24 participantes responderam a esta questão.

APÊNDICE XV – Folha de Registo de Incidente de Queda do Doente

Folha de Registo de Queda do Doente

Data da Queda: __/__/__

Hora: __h__

Tipo de Queda	Tropeçar	<input type="checkbox"/>	Desmaio	<input type="checkbox"/>
	Escorregar	<input type="checkbox"/>	Desconhecida	<input type="checkbox"/>
	Perda de Equilíbrio	<input type="checkbox"/>		

Motivo da Queda	Estado de Saúde do doente	<input type="checkbox"/>	Factores Ambientais	<input type="checkbox"/>
	Resposta ao Trat/Med/Anestesia	<input type="checkbox"/>	Outros Motivos	<input type="checkbox"/>

Queda Envolvendo	Berço	<input type="checkbox"/>	Equipamento Terapêutico	<input type="checkbox"/>
	Cama	<input type="checkbox"/>	Escadas / degraus	<input type="checkbox"/>
	Cadeira	<input type="checkbox"/>	Enquanto transportado /	<input type="checkbox"/>
	Maca	<input type="checkbox"/>	apoiado por outro indivíduo	<input type="checkbox"/>
	Casa de Banho	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>

Presenciada	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
--------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------

Quem Presenciou	Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	Outro Profissional de Saúde	<input type="checkbox"/>
	Pais	<input type="checkbox"/>	Outro Familiar	<input type="checkbox"/>
	Outro doente	<input type="checkbox"/>	Amigo / Visitante	<input type="checkbox"/>

Ocorreu Algum Tipo de Lesão	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------

Tipo de Lesão	Abrasão	<input type="checkbox"/>	Luxação	<input type="checkbox"/>
	Algias	<input type="checkbox"/>	TCE	<input type="checkbox"/>
	Contusão	<input type="checkbox"/>	Fractura	<input type="checkbox"/>
	Entorse	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>

Local da Lesão	Crânio	<input type="checkbox"/>	MSE	<input type="checkbox"/>
	Face	<input type="checkbox"/>	MID	<input type="checkbox"/>
	Tórax	<input type="checkbox"/>	MIE	<input type="checkbox"/>
	Abdómen	<input type="checkbox"/>	Região Lombar	<input type="checkbox"/>
	Pélvis	<input type="checkbox"/>	Região Sacro-Coccígea	<input type="checkbox"/>
	Região Dorsal	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>
	MSD	<input type="checkbox"/>		

Tipo de Dano	Físico	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>
	Psicológico	<input type="checkbox"/>		

Nível de Gravidade	Nenhum	<input type="checkbox"/>	Severo / Grave	<input type="checkbox"/>
	Ligeiro	<input type="checkbox"/>	Morte	<input type="checkbox"/>
	Moderado	<input type="checkbox"/>		

Avaliado o Risco Prévio à Queda	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
--	-----	--------------------------	-----	--------------------------

Se sim: Nível de Risco	Baixo Risco	<input type="checkbox"/>	Alto Risco	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------	--------------------------	------------	--------------------------

Medidas Preventivas Tomadas	Monitorização de Sinais Vitais	<input type="checkbox"/>	Comunicação ao médico	<input type="checkbox"/>
	Ensino e orientação	<input type="checkbox"/>	Observação médica	<input type="checkbox"/>
	Contenção Física (imobilização)	<input type="checkbox"/>	RX	<input type="checkbox"/>
	Aplicação de gelo	<input type="checkbox"/>	TAC	<input type="checkbox"/>
	Aplicação de penso	<input type="checkbox"/>	RNM	<input type="checkbox"/>
	Imobilização de fractura	<input type="checkbox"/>	Realização de sutura	<input type="checkbox"/>
	Realização de penso	<input type="checkbox"/>	Manutenção/ Recuperação do	<input type="checkbox"/>
	Elevação Grades Protecção	<input type="checkbox"/>	Equipamento	<input type="checkbox"/>
	Aplicação de ligaduras	<input type="checkbox"/>		

Registo de evolução em caso de complicações devido à queda: _____

Probabilidade de o Incidente Ocorrer Novamente	Muito Improvável	<input type="checkbox"/>	Provável	<input type="checkbox"/>
	Improvável	<input type="checkbox"/>	Muito Provável	<input type="checkbox"/>
	Quase Certo	<input type="checkbox"/>	Não Sei	<input type="checkbox"/>

Factores Contribuintes	Factores do pessoal	<input type="checkbox"/>	Factores Organizacionais / do	<input type="checkbox"/>
	Factores do doente	<input type="checkbox"/>	Serviço	<input type="checkbox"/>
	Factores do trabalho/ Ambiente	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>
	Factores externos	<input type="checkbox"/>		

Data da Alta: __/__/__				
Tipo de Alta	Domicílio	<input type="checkbox"/>	Transferência	<input type="checkbox"/>

Fontes: Direcção-Geral da Saúde (2011). *Estrutura Concetual da classificação Internacional sobre Segurança do doente. Relatório Técnico*. Recuperado em 2012, Janeiro 20, de <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0> e Sistema de Relato de Incidentes Electrónico do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (2011).

Preenchido Por:

Indicações de Preenchimento:

Cole a etiqueta identificativa do Doente no espaço indicado

Motivo da queda (mencionar apenas um único motivo):

Estado de Saúde do doente: Quedas relacionadas com a condição geral do Doente e/ou com diagnósticos.

Resposta ao tratamento, medicação ou anestesia: Quedas directamente relacionadas com actos médicos ou cirúrgicos.

Factores Ambientais: Quedas que resultem da existência de condições adversas das instalações ou equipamentos (ex. chão molhado, objectos fora do lugar, ambiente escuro, calçado inadequado).

Outros motivos: Quedas que ocorreram durante o sono ou sonolência, levante sem supervisão ou motivo desconhecido.

Nível de Gravidade (DGS, 2011, p. 17) (mencionar apenas um único nível):

Nenhum - A consequência no doente é assintomática ou sem sintomas detectados e não necessita tratamento.

Ligeiro - A consequência no doente é sintomática, com sintomas ligeiros, danos mínimos ou intermédios de curta duração, sem intervenção ou com uma intervenção mínima requerida (por exemplo: observação extra, inquérito, análise ou pequeno tratamento).

Moderado - A consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção (por exemplo: procedimento suplementar, terapêutica adicional) um aumento na estadia, ou causou danos permanentes ou a longo prazo.

Grave - A consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, encurta a esperança de vida ou causa grandes danos permanentes ou a longo prazo.

Morte - No balanço das probabilidades, a morte foi causada ou antecipada a curto prazo, pelo incidente.

Factores contribuintes (DGS, 2011, p.15-16) (mencionar apenas um único Factor):

Factores profissionais (por exemplo, um defeito de comportamento de um indivíduo, défice no trabalho em equipa ou comunicação inadequada).

Factores do doente (por exemplo, não adesão ao tratamento).

Factores externos (ou seja, fora do controlo da estrutura ou da organização).

Factores Organizacionais (por exemplo, indisponibilidade dos protocolos comumente aceites).

APÊNDICE XVI – Norma de Enfermagem no Processo de Registo de Incidente de Queda do Doente



Processo de Registo do Incidente de Queda

Edição: 01

Data: 00/00/00

Revisão: 00

Data: 00/00/00

1. DEFINIÇÃO:

A queda é um acontecimento cujo resultado é ficar inadvertidamente tombado no chão ou num outro nível mais baixo (WHO, 2004).

O conceito “Cair” vem descrito na CIPE (Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem) Versão 2.0 (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2010, p. 42) como: “descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical.”

2. OBJECTIVOS:

- Monitorizar o indicador das quedas de crianças e jovens internados na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) da Urgência Pediatria Centro Hospitalar de Torres Vedras.
- Monitorizar o indicador das quedas de crianças e jovens internados no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras.
- Identificar as causas e os factores envolvidos na queda.
- Implementar medidas de prevenção de quedas.
- Avaliar a eficácia das estratégias implementadas.

3. CAMPO DE APLICAÇÃO:

- O registo do incidente de queda deve ser feito na criança e no jovem internados na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) da Urgência Pediátrica ou no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras, através do preenchimento da folha de “Registo de queda do doente”. (**Anexo I**)

4. DESCRIÇÃO:

4.1. Equipamento e material necessários:

- Folha de “Registo de queda do doente”

Elaborado:

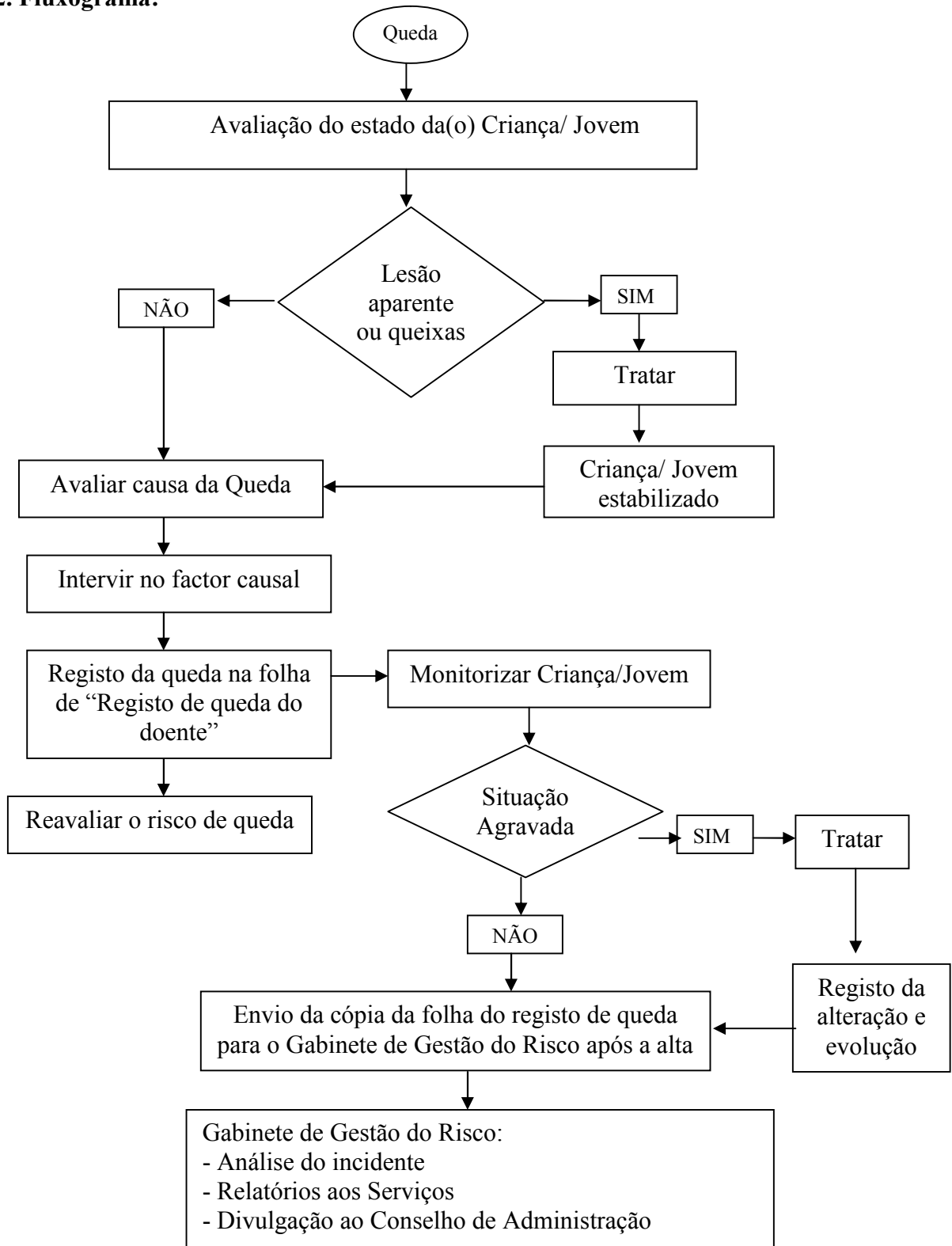
Verificado:

Aprovado:



Processo de Registo do Incidente de Queda

4.2. Fluxograma:



Documento Interno

Fonte: Fluxograma n.º 2 da Norma do Centro Hospitalar Lisboa Central EPE – “Prevenção e Monitorização de Quedas de Doentes em Ambiente Hospitalar”

Elaborado:

Verificado:

Aprovado:



Processo de Registo do Incidente de Queda

Edição: 01

Data: 00/00/00

Revisão: 00

Data: 00/00/00

4.3. Organização do procedimento:

- Após uma queda deve-se avaliar o estado da criança/ jovem;
- Avaliar a existência de lesões aparentes ou possíveis queixas;
- Solicitar avaliação Médica, caso seja necessário;
- Avaliar a causa da queda;
- Actuar consoante o factor causal;
- Registar a queda na folha de “registo de queda do doente”;
- Reavaliar o risco de queda da criança/jovem;
- Monitorizar a criança/jovem;
- Avaliar se houve agravamento da situação;
- Registar se houve alterações ou evolução no estado da criança/jovem;
- Colocar a folha de registo de queda do doente no *dossier* das quedas.

4.4. Orientações gerais:

Monitorizar qualquer sinal e/ou sintoma sugestivo de alteração do estado da criança/jovem.

4.5. Optimização do procedimento:

- Identificar a folha de registo de queda do doente com a vinheta de identificação da(o) criança/jovem;
- Colocar a folha de registo de queda no *dossier* das quedas (para posteriormente ser enviada para o Gabinete da Gestão do Risco para analisar o incidente);
- Apresentação dos resultados obtidos no primeiro semestre da implementação da norma;
- Realizar auditoria duas vezes por ano.

5. REGISTOS:

- Preencher a folha de registo de queda do doente;
- Realizar os registos da queda em notas de enfermagem.

6. DOCUMENTOS ASSOCIADOS:

- Conselho Internacional De Enfermeiras (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP) Versão 2*. Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- Norma do Centro Hospitalar Lisboa Central EPE (2009). *Prevenção e Monitorização de Quedas de Doentes em Ambiente Hospitalar*.

Elaborado:

Verificado:

Aprovado:



Centro Hospitalar de Torres Vedras

Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior

MANUAL OPERATIVO DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

Página 4 / 4

Código:

Processo de Registo do Incidente de Queda

Edição: 01

Data: 00/00/00

Revisão: 00

Data: 00/00/00

- Direcção-Geral da Saúde (2011). *Estrutura Concetual da classificação Internacional sobre Segurança do doente*. Relatório Técnico. Recuperado em 2012, Janeiro 20, de <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0>.
- WHO (2004). *World report on Child injury prevention*. Recuperado em 2011, Março 28, de http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/en/.
- **Anexo I** - folha de registo de queda do doente

7. INDICADORES:

Indicador de quedas – Indicador de qualidade dos cuidados de Enfermagem

Documento Interno

Elaborado:

Verificado:

Aprovado:

Folha de Registo de Queda do Doente

Data da Queda: __/__/__

Hora: __h__

Tipo de Queda	Tropeçar	<input type="checkbox"/>	Desmaio	<input type="checkbox"/>
	Escorregar	<input type="checkbox"/>	Desconhecida	<input type="checkbox"/>
	Perda de Equilíbrio	<input type="checkbox"/>		

Motivo da Queda	Estado de Saúde do doente	<input type="checkbox"/>	Factores Ambientais	<input type="checkbox"/>
	Resposta ao Trat/Med/Anestesia	<input type="checkbox"/>	Outros Motivos	<input type="checkbox"/>

Queda Envolvendo	Berço	<input type="checkbox"/>	Equipamento Terapêutico	<input type="checkbox"/>
	Cama	<input type="checkbox"/>	Escadas / degraus	<input type="checkbox"/>
	Cadeira	<input type="checkbox"/>	Enquanto transportado /	<input type="checkbox"/>
	Maca	<input type="checkbox"/>	apoiado por outro indivíduo	<input type="checkbox"/>
	Casa de Banho	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>

Presenciada	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
--------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------

Quem Presenciou	Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	Outro Profissional de Saúde	<input type="checkbox"/>
	Pais	<input type="checkbox"/>	Outro Familiar	<input type="checkbox"/>
	Outro doente	<input type="checkbox"/>	Amigo / Visitante	<input type="checkbox"/>

Ocorreu Algum Tipo de Lesão	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------

Tipo de Lesão	Abrasão	<input type="checkbox"/>	Luxação	<input type="checkbox"/>
	Algias	<input type="checkbox"/>	TCE	<input type="checkbox"/>
	Contusão	<input type="checkbox"/>	Fractura	<input type="checkbox"/>
	Entorse	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>

Local da Lesão	Crâneo	<input type="checkbox"/>	MSE	<input type="checkbox"/>
	Face	<input type="checkbox"/>	MID	<input type="checkbox"/>
	Tórax	<input type="checkbox"/>	MIE	<input type="checkbox"/>
	Abdómen	<input type="checkbox"/>	Região Lombar	<input type="checkbox"/>
	Pélvis	<input type="checkbox"/>	Região Sacro-Coccígea	<input type="checkbox"/>
	Região Dorsal	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>
	MSD	<input type="checkbox"/>		

Tipo de Dano	Físico	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>
	Psicológico	<input type="checkbox"/>		

Nível de Gravidade	Nenhum	<input type="checkbox"/>	Severo / Grave	<input type="checkbox"/>
	Ligeiro	<input type="checkbox"/>	Morte	<input type="checkbox"/>
	Moderado	<input type="checkbox"/>		

Avaliado o Risco Prévio à Queda	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
--	-----	--------------------------	-----	--------------------------

Se sim: Nível de Risco	Baixo Risco	<input type="checkbox"/>	Alto Risco	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------	--------------------------	------------	--------------------------

Medidas Preventivas Tomadas	Monitorização de Sinais Vitais	<input type="checkbox"/>	Comunicação ao médico	<input type="checkbox"/>
	Ensino e orientação	<input type="checkbox"/>	Observação médica	<input type="checkbox"/>
	Contenção Física (imobilização)	<input type="checkbox"/>	RX	<input type="checkbox"/>
	Aplicação de gelo	<input type="checkbox"/>	TAC	<input type="checkbox"/>
	Aplicação de penso	<input type="checkbox"/>	RNM	<input type="checkbox"/>
	Imobilização de fractura	<input type="checkbox"/>	Realização de sutura	<input type="checkbox"/>
	Realização de penso	<input type="checkbox"/>	Manutenção/ Recuperação do	<input type="checkbox"/>
	Elevação Grades Protecção	<input type="checkbox"/>	Equipamento	<input type="checkbox"/>
	Aplicação de ligaduras	<input type="checkbox"/>		

Registo de evolução em caso de complicações devido à queda: _____

Probabilidade de o Incidente Ocorrer Novamente	Muito Improvável	<input type="checkbox"/>	Provável	<input type="checkbox"/>
	Improvável	<input type="checkbox"/>	Muito Provável	<input type="checkbox"/>
	Quase Certo	<input type="checkbox"/>	Não Sei	<input type="checkbox"/>

Factores Contribuintes	Factores do pessoal	<input type="checkbox"/>	Factores Organizacionais / do	<input type="checkbox"/>
	Factores do doente	<input type="checkbox"/>	Serviço	<input type="checkbox"/>
	Factores do trabalho/ Ambiente	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>
	Factores externos	<input type="checkbox"/>		

Data da Alta: __/__/__			
Tipo de Alta	Domicilio	<input type="checkbox"/>	Transferência

Fontes: Direcção-Geral da Saúde (2011). *Estrutura Concetual da classificação Internacional sobre Segurança do doente. Relatório Técnico*. Recuperado em 2012, Janeiro 20, de <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0> e Sistema de Relato de Incidentes Electrónico do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (2011).

Preenchido Por:

Indicações de Preenchimento:

Cole a etiqueta identificativa do Doente no espaço indicado

Motivo da queda (mencionar apenas um único motivo):

Estado de Saúde do doente: Quedas relacionadas com a condição geral do Doente e/ou com diagnósticos.

Resposta ao tratamento, medicação ou anestesia: Quedas directamente relacionadas com actos médicos ou cirúrgicos.

Factores Ambientais: Quedas que resultem da existência de condições adversas das instalações ou equipamentos (ex. chão molhado, objectos fora do lugar, ambiente escuro, calçado inadequado).

Outros motivos: Quedas que ocorreram durante o sono ou sonolência, levante sem supervisão ou motivo desconhecido.

Nível de Gravidade (DGS, 2011, p. 17) (mencionar apenas um único nível):

Nenhum - A consequência no doente é assintomática ou sem sintomas detectados e não necessita tratamento.

Ligeiro - A consequência no doente é sintomática, com sintomas ligeiros, danos mínimos ou intermédios de curta duração, sem intervenção ou com uma intervenção mínima requerida (por exemplo: observação extra, inquérito, análise ou pequeno tratamento).

Moderado - A consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção (por exemplo: procedimento suplementar, terapêutica adicional) um aumento na estadia, ou causou danos permanentes ou a longo prazo.

Grave - A consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, encurta a esperança de vida ou causa grandes danos permanentes ou a longo prazo.

Morte - No balanço das probabilidades, a morte foi causada ou antecipada a curto prazo, pelo incidente.

Factores contribuintes (DGS, 2011, p.15-16) (mencionar apenas um único Factor):

Factores profissionais (por exemplo, um defeito de comportamento de um indivíduo, défice no trabalho em equipa ou comunicação inadequada).

Factores do doente (por exemplo, não adesão ao tratamento).

Factores externos (ou seja, fora do controlo da estrutura ou da organização).

Factores Organizacionais (por exemplo, indisponibilidade dos protocolos comumente aceites).

APÊNDICE XVII – A Norma de Aplicação da Escala *Humpty Dumpty*



Escala Humpty Dumpty

Edição: 01

Data: 00/00/00

Revisão: 00

Data: 00/00/00

1. DEFINIÇÃO:

A Escala *Humpty Dumpty* é uma ferramenta de avaliação de risco de queda em crianças e jovens hospitalizados, constituída por sete itens: idade; sexo; diagnóstico; deficiências cognitivas; factores ambientais; reacção a cirurgia/sedação/anestesia e consumo medicamentoso.

Cada item tem uma pontuação mínima e máxima, cujo resultado varia entre um mínimo de 7 e máximo de 23. Deste modo, o resultado obtido encontra-se definido em dois padrões de risco com um protocolo de segurança subjacente, ou seja, padrão de baixo risco (resultado 7-11) e padrão de elevado risco (resultado de 12 e superior).

2. OBJECTIVOS:

- Identificar o nível de risco de queda na criança e no jovem.
- Actuar consoante o nível de risco.
- Prevenir possíveis quedas.
- Aumentar a segurança da criança e do jovem.
- Aumentar a satisfação da criança e do jovem e acompanhantes.

3. CAMPO DE APLICAÇÃO:

- Todas as crianças e jovens internados no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras.

4. DESCRIÇÃO:

4.1. Equipamento e material necessários:

- Escala *Humpty Dumpty* – Doentes Hospitalizados (**Anexo I**)

4.2. Organização do procedimento:

- Aplicar a escala *Humpty Dumpty* na admissão da(o) criança/jovem no serviço;
- Realizar a pontuação;
- Interpretar a pontuação da escala *Humpty Dumpty*;
- Actuar consoante o nível de risco:

Elaborado:

Verificado:

Aprovado:



Escala Humpty Dumpty

Edição: 01

Data: 00/00/00

Revisão: 00

Data: 00/00/00

- Protocolo Padrão de Baixo Risco (resultado 7-11 = 0)

- Orientação para o quarto;
- Cama em posição baixa, travões accionados;
- Grades de segurança x 2 ou 4 levantadas, avaliação de aberturas de grande dimensão, com envergadura que possa levar a que o doente entale um membro ou outra parte do corpo, utilização de procedimentos de segurança adicionais;
- Utilização de calçado antiderrapante nos doentes não acamados, utilização de vestuário de tamanho adequado para prevenir tropeções;
- Avaliar as necessidades de eliminação, prestar auxílio se for necessário;
- A luz de chamada encontra-se ao alcance, educar o doente/a família sobre a sua função;
- Ambiente livre de equipamento não utilizado, o mobiliário encontra-se no lugar, livre de riscos;
- Avaliar a existência de iluminação adequada, deixar a luz de presença acesa;
- Disponibilizar educação de doentes e familiares aos pais e ao doente;
- Documentar o ensino sobre a prevenção de quedas e incluir no plano de cuidados.

- Protocolo Padrão de Elevado Risco (resultado de 12 e superior = ▲)

- Identificar com o símbolo correspondente ao risco elevado na cama do doente, no historial clínico do doente e colocar “Íman *Humpty Dumpty*” no quadro da sala de enfermagem;
 - Educar o doente/os pais sobre as precauções do protocolo de quedas;
 - Verificar o doente, no mínimo, a cada hora;
 - Acompanhar o doente nas deslocações;
 - Colocar o doente numa cama adequada ao respectivo desenvolvimento;
 - Ponderar deslocar o doente para mais perto da sala de enfermagem;
 - Avaliar a necessidade supervisão 1:1;
 - Avaliar as horas de administração medicamentosa;
 - Retirar todo o equipamento não utilizado do quarto;
 - Barreiras de segurança para confinar espaços e aberturas na cama;
 - Manter sempre a porta aberta, a não ser que estejam implementadas precauções de isolamento específicas;
 - Manter a cama na posição mais baixa, a não ser que o doente esteja a ser assistido directamente;
 - Documentar o ensino e o plano de cuidados no relatório de enfermagem.
- Identificar no quadro da cama da(o) criança/jovem com o símbolo correspondente ao nível de risco e colocar “Íman *Humpty Dumpty*” no quadro da sala de enfermagem;
 - Aplicar a Escala *Humpty Dumpty* uma vez por turno e sempre que houver uma mudança nas condições do doente que possa afectar o seu risco de queda até ao momento da alta.



Escala Humpty Dumpty

Edição: 01

Data: 00/00/00

Revisão: 00

Data: 00/00/00

4.3. Orientações gerais:

▪ **Diagnóstico** - se a criança apresentar múltiplos diagnósticos deve considerar-se o resultado mais elevado. Exemplos de diagnósticos:

- Neurológicos - convulsão, traumatismo craniano, hidrocefalia, paralisia cerebral;
- Alteração da oxigenação - engloba qualquer diagnóstico que resulte da diminuição da oxigenação cerebral ou diminuição da capacidade de transporte de oxigénio pelos glóbulos vermelhos. Vai para além das doenças respiratórias podendo incluir desidratação, anemia, anorexia, síncope;
- Distúrbios psicológicos/comportamentais – pode incluir alterações de humor (depressão / doença bipolar) e comportamentos impulsivos;
- Outros diagnósticos – qualquer que não se englobe nos anteriores.

▪ **Deficiências cognitivas:**

- Não tem noção dos limites – pode ser aplicado a qualquer grupo etário e é dependente da compreensão das consequências dos seus actos;
- Esquece os limites - pode ser aplicado a qualquer grupo etário. A criança tem a capacidade de compreender as suas limitações, contudo devido a factores como a idade, diagnóstico, quadro sintomático ou alterações funcionais recentes (exemplo: perda de consciência ou hipoglicémia) a criança esquece as suas limitações.

▪ **Factores ambientais:**

- Historial de quedas - refere-se a um evento de queda do doente no internamento actual.
- Bebé/Criança com menos 3 anos deitada na Cama - refere-se à situação em que o bebé/criança com menos de 3 anos é colocado numa cama de adulto, em vez de ser no berço, por exemplo, por falta de berços disponíveis no Serviço.
- Doente utiliza dispositivos de assistência – por exemplo: cadeira de rodas, canadianas, etc.
- Mobiliário/Iluminação – refere-se ao excesso de mobiliário/ equipamento da enfermaria que pode colocar o doente em risco de queda. A iluminação refere-se às situações em que há pouca luz na enfermaria (por exemplo, avaria).
- Zona de Ambulatório – refere-se à criança que deambula. Mas, por exemplo, no período nocturno a criança não se encontra neste critério de avaliação, mas sim num dos critérios anteriores.

4.4. Optimização do procedimento:

- Identificar o documento respectivo à Escala *Humpty Dumpty* com a vinheta de identificação da(o) criança/jovem;
- Manter a Escala *Humpty Dumpty* no processo da(o) criança/jovem;
- Identificar o símbolo correspondente ao nível de risco no quadro da cama da(o) criança/jovem e colocar “Íman *Humpty Dumpty*” no quadro da sala de enfermagem.

Elaborado:

Verificado:

Aprovado:



Centro Hospitalar de Torres Vedras

Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior

MANUAL OPERATIVO DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

Página 4 / 4

Código:

Escala *Humpty Dumpty*

Edição: 01

Data: 00/00/00

Revisão: 00

Data: 00/00/00

5. REGISTOS:

- Referir a data de realização da avaliação na Escala *Humpty Dumpty*;
- Assinalar os itens respeitantes à situação da(o) criança/jovem na Escala *Humpty Dumpty*;
- Somar a pontuação total;
- Identificar o símbolo correspondente ao nível de risco no quadro da cama da(o) criança/jovem.
- Documentar os ensinamentos realizados à criança/jovem e acompanhantes sobre a prevenção de quedas em ambiente hospitalar.

6. DOCUMENTOS ASSOCIADOS:

- Hill-Rodriguez, D., Messmer, P.R., Willams, P.D., Zeller, R.A., Williams, A.R., Wood, M., Henry, M. (2009). The Humpty Falls Scale: A Case-Control Study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14 (1), 22-32. Retrieved from EBSCOhost.
- **Anexo I** - Escala *Humpty Dumpty* – Doentes Hospitalizados

7. INDICADORES:

- Indicador de Quedas – Indicador de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Documento Interno

Elaborado:

Verificado:

Aprovado:



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Ferramenta de Avaliação de Risco de Queda
A Escala Humpty Dumpty – Doentes Hospitalizados

Parâmetro	Critérios	Resultado	___/___/2012			___/___/2012			___/___/2012		
			N	M	T	N	M	T	N	M	T
Idade	Menos de 3 anos	4									
	De 3 anos até menos de 7 anos	3									
	De 7 anos até menos de 13 anos	2									
	13 e mais anos	1									
Sexo	Masculino	2									
	Feminino	1									
Diagnóstico	Diagnóstico Neurológico	4									
	Alterações na Oxigenação (Diagnóstico Respiratório, Desidratação, Anemia, Anorexia, Síncope/tonturas, etc.)	3									
	Distúrbios Psicológicos/Comportamentais	2									
	Outros Diagnósticos	1									
Deficiências Cognitivas	Não tem noção dos Limites	3									
	Esquece os Limites	2									
	Orientado para a capacidade própria	1									
Factores Ambientais	Historial de Quedas ou Bebê/Criança com menos 3 anos deitada na Cama	4									
	Doente utiliza dispositivos de assistência ou Bebê/Criança com menos de 3 anos no Berço ou Mobiliário/Iluminação (Quarto Triplicado)	3									
	Criança com 3 anos e mais, deitado numa Cama	2									
	Zona de Ambulatório	1									
Reacção a Cirurgia/Sedação / Anestesia	No espaço de 24 horas	3									
	No espaço de 48 horas	2									
	Há mais de 48 horas/Nenhuma	1									
Consumo Medicamentoso	Consumo múltiplo de: Sedativos (excluindo doentes na UCI sedados e imobilizados) Hipnóticos Barbitúricos Fenotiazinas Anti-depressivos Laxantes/Diuréticos Narcóticos	3									
	Um dos medicamentos mencionados acima	2									
	Outros Medicamentos/Nenhuns	1									
TOTAL											

Em risco de queda se o resultado for 12 ou Superior

Resultado Mínimo 7
Resultado Máximo 23



Protocolo de Segurança contra Queda de Doentes

Protocolo Padrão de Baixo Risco (resultado 7-11)

- Orientação para o quarto
- Cama em posição baixa, travões accionados
- Grades de segurança x 2 ou 4 levantadas, avaliação de aberturas de grande dimensão, com envergadura que possa levar a que o doente entale um membro ou outra parte do corpo, utilização de procedimentos de segurança adicionais.
- Utilização de calçado antiderrapante nos doentes não acamados, utilização de vestuário de tamanho adequado para prevenir tropeções
- Avaliar as necessidades de eliminação, prestar auxílio se for necessário
- A luz de chamada encontra-se ao alcance, educar o doente/a família sobre a sua função
- Ambiente livre de equipamento não utilizado, o mobiliário encontra-se no lugar, livre de riscos
- Avaliar a existência de iluminação adequada, deixar a luz de presença acesa
- Disponibilizar educação de doentes e familiares aos pais e ao doente
- Documentar o ensino sobre a prevenção de quedas e incluir no plano de cuidados

Protocolo Padrão de Elevado Risco (resultado de 12 e superior)

- Identificar com o símbolo correspondente ao risco elevado, na cama do doente, no historial clínico do doente e no quadro da sala de enfermagem
- Educar o doente/os pais sobre as precauções do protocolo de quedas
- Verificar o doente, no mínimo, a cada hora
- Acompanhar o doente nas deslocações
- Colocar o doente numa cama adequada ao respectivo desenvolvimento
- Ponderar deslocar o doente para mais perto da sala de enfermagem
- Avaliar a necessidade supervisão 1:1
- Avaliar as horas de administração medicamentosa
- Retirar todo o equipamento não utilizado do quarto
- Barreiras de segurança para confinar espaços e aberturas na cama
- Manter sempre a porta aberta, a não ser que estejam implementadas precauções de isolamento específicas
- Manter a cama na posição mais baixa, a não ser que o doente esteja a ser assistido directamente
- Documentar o ensino e o plano de cuidados no relatório de enfermagem

NOTA: Para identificar o doente com **padrão de Alto Risco** (resultado de 12 ou superior) colocar no quadro da sala de enfermagem e no quadro de identificação da cama, o símbolo . No doente com **padrão de Baixo Risco** (resultado 7-11) colocar o símbolo .

**APÊNDICE XVIII – Sessão de Formação em Serviço: “Tradução e Validação da Escala
Humpty Dumpty – Doentes Hospitalizados”**



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Tradução e Validação da Escala *Humpty Dumpty* – Doentes Hospitalizados

Trabalho realizado por:

Leticia Santos (aluna do Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da ESEL)

Professora Orientadora: Prof^a Dr^a M^a Manuela Soveral

Enfermeira Orientadora: Carla Rodrigues

Janeiro de 2012



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Sumário:

- Objectivos
- Justificação da Problemática
- Escala de Avaliação Risco de Queda – *Humpty Dumpty* Doentes Hospitalizados
- Metodologia
- Considerações Éticas
- Considerações Finais
- Referências Bibliográficas

Janeiro de 2012



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Objectivos:

- Sensibilizar os enfermeiros para a temática das quedas em ambiente hospitalar
- Sensibilizar os enfermeiros para a implementação da escala *Humpty Dumpty Falls Scale* - Doentes Hospitalizados
- Colaborar na validação da *Humpty Dumpty Falls Scale* - Doentes Hospitalizados para a população Portuguesa

Janeiro de 2012



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Justificação da Problemática:

- As quedas dos utentes em ambiente Hospitalar são um factor de preocupação das instituições de saúde e a prevenção da queda do utente é considerada um foco sensível aos cuidados de enfermagem.
- Nos EUA é um dos 10 indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem, seleccionados pela Associação Americana de Enfermeiros.
(Gaspar & Westwood, 2010)
- Enquanto que na Inglaterra é o Indicador 13: Falls.
(*International Quality Indicator Project*, 2005)

Janeiro de 2012



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Justificação da Problemática :

- As quedas são um dos principais acidentes que ocorrem em pessoas hospitalizadas, constituindo um importante problema de saúde pública.

- A promoção da Segurança da pessoa hospitalizada, em geral, e a prevenção de quedas, em particular, constitui uma preocupação crescente entre os prestadores de cuidados de enfermagem, pelo que se torna fundamental reflectir acerca desta temática.

- As quedas são um risco real, acontecem em meio hospitalar e constituem um indicador de qualidade assistencial.

(Saraiva *et al*, 2008)

Janeiro de 2012



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Justificação da Problemática :

- Crianças com <36M, a existência de episódios de desorientação e mobilidade alterada e a história de quedas anteriores.

- O estudo apresentou que em 82,8% dos casos de quedas, os pais/cuidadores estavam presentes; que a criança caiu, principalmente, no quarto/unidade (87%); que a cama é o equipamento mais envolvido na queda (35%); a maior parte das quedas ocorreram em camas de adulto (87%), 12,5% em berços e 1,3% em camas pequenas; as crianças caíram ao deslocar-se para o WC (22%) ou a entrar/sair da cama (20%).

(Rasmus *et al*, 2006)

Janeiro de 2012

6



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Justificação da Problemática :

- Entre 1 de Janeiro e 30 de Junho de 2006 ocorreram 57 quedas, 55% no sexo F e 45% no sexo M.

- A maioria das Quedas ocorreram em crianças com 1-2 anos (30%), os adolescentes com os 11-18anos (28%). 63% das quedas ocorreram na presença dos pais. A maioria das quedas ocorreram no serviço de Pediatria Médica (18%), Unidade de Oncologia (14%), Fisioterapia (14%), na Unidade de Emergência (12%).

- As auditorias revelaram que houve um aumento do número de casos de quedas em crianças hospitalizadas, desde a implementação deste programa, isto deve-se ao facto das notificações de quedas terem aumentado.

(Cooper & Nolt, 2007)

Janeiro de 2012

7



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Justificação da Problemática :

- Miami Children's Hospital estudou 153 crianças que caíram durante os anos de 2005-2006, verificando-se que a maioria das quedas ocorreram em crianças com menos de 3 e mais de 13 anos, crianças com doença neurológica e seguidas de doenças respiratórias (asma) e doenças gastrointestinais (desidratação ou vômitos).

- As intervenções de enfermagem consistiam em implementar um protocolo de prevenção para as quedas pediátricas e identificar as crianças com elevado risco de quedas, com o objectivo de reduzir a sua ocorrência.

(Hill-Rodriguez *et al*, 2009)

Janeiro de 2012

8



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty* – Doentes Hospitalizados:

- É importante entender que todos os utentes estão em risco de cair e que é importante identificar o seu nível de risco.

(Payson & Haviley, 2007)

↓

[Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty*](#)

Janeiro de 2012 9



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty* – Doentes Hospitalizados:

- A Escala *Humpty Dumpty* é uma ferramenta de avaliação de risco de queda em crianças e jovens Hospitalizados, constituída por sete itens: idade; sexo; diagnóstico; deficiências cognitivas; factores ambientais, reacção a cirurgia/sedação/anestesia e consumo medicamentoso.
- 2 padrões de risco - padrão de baixo risco (resultado 7-11) e padrão de elevado risco (resultado de 12 e superior).

Janeiro de 2012 10



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas Humpty Dumpty – Doentes Hospitalizados:

Objectivos

- Identificar o nível de risco de queda na criança e no jovem.
- Actuar consoante o nível de risco.
- Prevenir possíveis quedas.
- Aumentar a segurança da criança e do jovem.
- Aumentar a satisfação da criança e do jovem e acompanhantes.

Janeiro de 2012

11



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas Humpty Dumpty – Doentes Hospitalizados:

Definições

Diagnóstico - se a criança apresentar múltiplos diagnósticos deve considerar-se o resultado mais elevado

Exemplos de diagnósticos:

- Neurológicos - convulsão, traumatismo craniano, hidrocefalia, paralisia cerebral;
- Alteração da oxigenação - engloba qualquer diagnóstico que resulte da diminuição da oxigenação cerebral ou diminuição da capacidade de transporte de oxigénio pelos glóbulos vermelhos. Vai para além das doenças respiratórias podendo incluir desidratação, anemia, anorexia, síncope;
- Distúrbios psicológicos/comportamentais – pode incluir alterações de humor (depressão / doença bipolar) e comportamentos impulsivos;
- Outros diagnósticos – qualquer que não se englobe nos anteriores.

Janeiro de 2012

12



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty* – Doentes Hospitalizados:

Definições

Deficiências cognitivas:

- Não tem noção dos limites – pode ser aplicado a qualquer grupo etário e é dependente da compreensão das consequências dos seus actos;
- Esquece os limites - pode ser aplicado a qualquer grupo etário. A criança tem a capacidade de compreender as suas limitações, contudo devido a factores como a idade, diagnóstico, quadro sintomático ou alterações funcionais recentes (exemplo: perda de consciência ou hipoglicémia) a criança esquece as suas limitações.

Janeiro de 2012

13



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty* – Doentes Hospitalizados:

Definições

Factores ambientais:

- ✓ Historial de quedas - refere-se a um evento de queda do doente no internamento actual.
- ✓ Bebé/Criança com menos 3 anos deitada na Cama - refere-se à situação em que o bebé/criança com menos de 3 anos é colocado numa cama de adulto, em vez de ser no berço, por exemplo, por falta de berços disponíveis no Serviço.
- ✓ Doente utiliza dispositivos de assistência – por exemplo: cadeira de rodas, canadianas, etc.
- ✓ Mobiliário/Iluminação – refere-se ao excesso de mobiliário/ equipamento da enfermaria que pode colocar o doente em risco de queda. A iluminação refere-se às situações em que há pouca luz na enfermaria (por exemplo, avaria).
- ✓ Zona de Ambulatório – refere-se à criança que deambula. Mas, por exemplo, no período nocturno a criança não se encontra neste critério de avaliação, mas sim num dos critérios anteriores dos factores ambientais.

Janeiro de 2012

14



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty* – Doentes Hospitalizados:

Aplicação da Escala

- Aplicar a escala *Humpty Dumpty* na admissão da (o) criança/jovem
- 1X / Turno
- Sempre que houver uma mudança nas condições do doente que possa afectar o seu risco de queda

Janeiro de 2012

15



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas *Humpty Dumpty* :

Aplicação da Escala

- Interpretar a pontuação da escala *Humpty Dumpty*
- Actuar consoante o nível de risco

Janeiro de 2012

16



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas Humpty Dumpty – Doentes Hospitalizados:

Protocolo Padrão de Baixo Risco (resultado 7-11)

- Orientação para o quarto;
- Cama em posição baixa, travões accionados;
- Grades de segurança x 2 ou 4 levantadas, avaliação de aberturas de grande dimensão, com envergadura que possa levar a que o doente entale um membro ou outra parte do corpo, utilização de procedimentos de segurança adicionais;
- Utilização de calçado antiderrapante nos doentes não acamados, utilização de vestuário de tamanho adequado para prevenir tropeções;
- Avaliar as necessidades de eliminação, prestar auxílio se for necessário;
- A luz de chamada encontra-se ao alcance, educar o doente/a família sobre a sua função;
- Ambiente livre de equipamento não utilizado, o mobiliário encontra-se no lugar, livre de riscos;
- Avaliar a existência de iluminação adequada, deixar a luz de presença acesa;
- Disponibilizar educação de doentes e familiares aos pais e ao doente;
- Documentar o ensino sobre a prevenção de quedas e incluir no plano de cuidados.

Janeiro de 2012

17



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Escala de Avaliação de risco de quedas Humpty Dumpty – Doentes Hospitalizados:

Protocolo Padrão de Elevado Risco (resultado 12 e superior)

- Identificar com o símbolo correspondente ao risco elevado, na cama do doente, no historial clínico do doente e no quadro da sala de trabalho
- Educar o doente/os pais sobre as precauções do protocolo de quedas;
- Verificar o doente, no mínimo, a cada hora;
- Acompanhar o doente nas deslocações;
- Colocar o doente numa cama adequada ao respectivo desenvolvimento;
- Ponderar deslocar o doente para mais perto da sala de enfermagem;
- Avaliar a necessidade supervisão 1:1;
- Avaliar as horas de administração medicamentosa;
- Retirar todo o equipamento não utilizado do quarto;
- Barreiras de segurança para confinar espaços e aberturas na cama;
- Manter sempre a porta aberta, a não ser que estejam implementadas precauções de isolamento específicas;
- Manter a cama na posição mais baixa, a não ser que o doente esteja a ser assistido directamente;
- Documentar o ensino e o plano de cuidados no relatório de enfermagem.

Janeiro de 2012

18



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Notificação de queda do doente

- Deve-se prevenir os riscos, identificando-os, analisando a origem e propondo acções preventivas. A análise dos riscos tem como objectivo estimar factores que interferem na segurança e os potenciais danos que o mesmo acometerá ao indivíduo; tais avaliações servem de subsídios para controle e prevenção dessa exposição.

(Lima, Leventhal & Fernandes, 2008)

- A monitorização de quedas deve ser uma prioridade na qualidade dos cuidados de enfermagem.

(Donaldson, Brown, Aydin, Bolton e Rutledge, 2005, citados por *Continuing Nursing Education Series*, 2009)

Janeiro de 2012

19



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Notificação de queda do doente

▪ Em caso de ocorrência de queda de uma criança ou jovem em ambiente Hospitalar proceder à notificação da mesma através da Folha de Registo de Queda do doente

▪ Protocolo de Registo de Incidente de queda

▪ Protocolo de Aplicação da Escala Humpty Dumpty

Janeiro de 2012

20



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Avaliação das Condições do Equipamento

- No hospital, os equipamentos que podem colocar o doente em risco de queda devem ser verificados regularmente por pessoal qualificado. No entanto, alguns equipamentos que são usados diariamente como, por exemplo, as cadeiras de rodas podem cair no esquecimento e não ser verificados com tanta regularidade

(Morse, 2009)

- Elaborei uma Checklist da Segurança do equipamento.

Janeiro de 2012

21



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Metodologia

- Pedido de autorização aos autores da Escala *Humpty Dumpty Falls Scale* (HDFS).

▪ Processo de tradução da HDFS

Tradução da HDFS para a língua portuguesa


- Segundo Fotin (2009, p. 397) “a tradução deve ser feita pelo menos por dois tradutores independentes. Um traduz o instrumento na língua de chegada, o outro retraduz o texto na língua de partida”.

- A tradução de uma escala de medida, de uma língua para a outra, altera-se a fidelidade e validade da mesma.

(Fortin, 2009)

Janeiro de 2012

22



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Metodologia

- **Processo de adaptação e validação**
 - ✓ Estrutura factorial
 - ✓ Fidelidade
 - ✓ Validade (constructo e conteúdo)

▪ Ribeiro (1999, p.112) refere o essencial para qualquer medição ser precisa é, primeiro, que meça o que se pretende medir e não outro aspecto diferente ou parecido (validade) e, segundo, que se a medição for repetida, nas mesmas condições, com os mesmos respondentes, o resultado encontrado seja idêntico (dentro de um erro aceitável) (fidelidade).

Janeiro de 2012 23




Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Metodologia

- **Instrumentos**
 - ✓ Aplicação da *Humpty Dumpty Falls Scale* traduzida
 - ✓ Tratamento estatístico - programa SPSS.
- **Amostra**
 - ✓ Amostra de conveniência.
 - ✓ Critérios de inclusão - todas as crianças/jovens internados no Serviço de Pediatria Internamento.

Janeiro de 2012 24



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Metodologia

- **Recolha de Dados**
 - ✓ Colaboração dos elementos da equipa de enfermagem dos serviços de pediatria do CHTV.
 - ✓ Aplicar escala a todas as crianças internadas no momento da admissão e posteriormente uma vez por turno e sempre que houver uma mudança nas condições do doente que possa afectar o seu risco de queda
- **Local**
 - ✓ Serviço de Pediatria do Internamento do CHTV

Janeiro de 2012 25



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Metodologia

- **Duração:**
 - 1ª fase - 1 mês (estudo-piloto)
 - 2ª fase – 2 a 3 meses

Janeiro de 2012 26



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Considerações Éticas


▪ Adopção de medidas que protejam os direitos e liberdades das pessoas que participam na investigação :

- Direito à **autonomia**
- Direito à **intimidade**
- Direito ao **anonimato e confidencialidade**
- Direito à **protecção contra o desconforto ou prejuízo**
- Direito de ser **tratado de maneira justa e equitativa.**

(Fortin, 2009)

Autorização do Concelho de Administração do CHTV

Janeiro de 2012 27



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Considerações Finais

▪ Os enfermeiros devem estar despertos para avaliar o risco de quedas em utentes, utilizando uma escala de avaliação de risco de queda

▪ Tal ferramenta é a base do sucesso de um Programa de Intervenção de Enfermagem na prevenção de quedas.

▪ Esta ferramenta vai ajudar a identificar quais os utentes que estejam em baixo ou alto risco de queda, e intervir, de forma a reduzir o número de quedas de utentes em ambiente Hospitalar.

Janeiro de 2012 28



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Referências Bibliográficas

- Continuing Nursing Education Series (2009). Pediatric falls: state of science. *Pediatric Nursing*, 35(4), 227-231.
- Cooper, C.L. & Nolt, J.D. (2007). Development of an evidence-based pediatric fall prevention program. *Journal of Nursing Care Quality*, 22 (2), 107-12. Retrieved from EBSCOhost.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-8075-18-5.
- Gaspar, I., & Westwood, I. (2010). *Dia mundial do doente*. Recuperado em 2011, Junho 15, de http://www.hsfxavier.minsaude.pt/Downloads_HSA/HSEFX/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20e%20Imagem/Jornal%20do%20Centro/2010/jornal47.pdf.
- Hill-Rodríguez, D., Messmer, P.R., Williams, P.D., Zeller, R.A., Williams, A.R., Wood, M., Henry, M. (2009). The Humpty Falls Scale: A Case-Control Study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14 (1), 22-32. Retrieved from EBSCOhost.
- International Quality Indicator Project (2005). *Indicator 13: falls*. Recuperado em 2011, Junho 15, de <http://www.internationalqip.com/>.
- Lima, L., Leventhal, L., Fernandes, M. (2008). Identificando os riscos do paciente hospitalizado. *Einstein*, 6 (4), 434-438. Recuperado em 2011, Outubro 15, de <http://apps.einstein.br/REVISTA/arquivos/PDF/992Einsteinv6n4port434-438.pdf>.
- Morse, J. (2009). *Preventing Patient Falls: Establishing a fall Intervention Program* (2ª Edition). New York: Springer Publishing Company, LLC. ISBN 978-0-8261-0389-5.
- Payson, C. & Haviley, C. (2007). *Patient Falls Assessment and Prevention*. Global Edition. ISBN: 978-1-60146-078-3. Recuperado em 2011, Março 15, de http://www.hcmarketplace.com/supplemental/3663_browse.pdf.
- Razmus, I., Wilson, D., Smith, R., Newman, E. (2006). Falls in hospitalized children. *Pediatric Nursing*, 32 (6), 568-72. Retrieved from EBSCOhost.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (1ª ed.). Lisboa: CLIMEPSI Editores. ISBN 972-8449-44-5.
- Saraiva, D., Louro, I., Ferreira, L., Batista, P., Pina, S. (2008). Quedas indicador da qualidade assistencial. *Revista Nursing*, 235, 28-35.

Janeiro de 2012

29

APÊNDICE XIX – Análise dos dados da Sessão da Formação em Serviço

ANÁLISE DOS DADOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

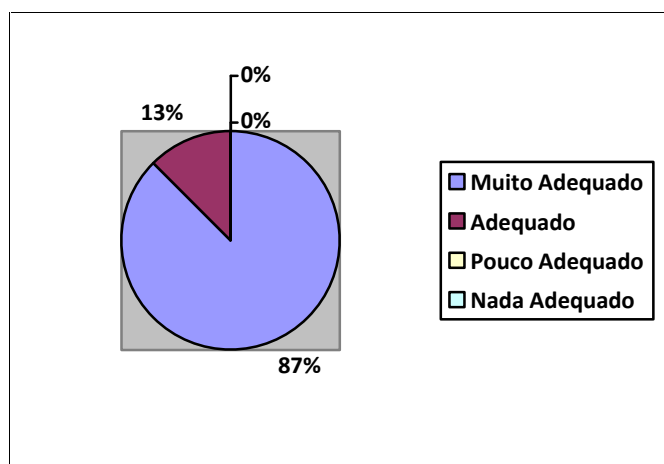
A Sessão de Formação em Serviço foi apresentada a vinte e quatro enfermeiros. Foi aplicado um questionário com objectivo de os participantes expressarem a sua opinião relativamente à forma como decorreu a sessão.

Após a colheita de dados estes devem ser manipulados e obtidos os resultados, que constituem um passo central da pesquisa. A análise e interpretação de dados são dois processos intimamente relacionados.

Os dados obtidos através do instrumento de recolha de dados (questionário) foram tratados por um processo informático através do programa Excel, que permite realizar cálculos estatísticos e visualizar os seus resultados.

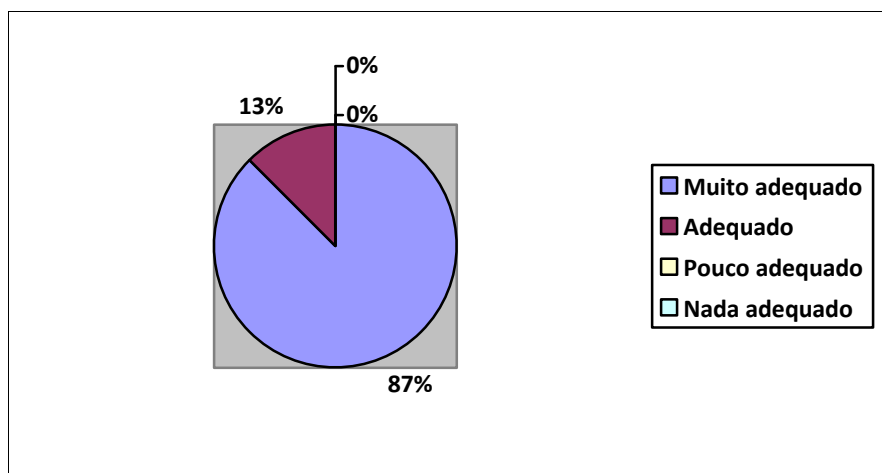
Os dados foram tratados estatisticamente por meio informático e apresentados sob a forma de Diagrama de sectores, de modo a facilitar uma rápida interpretação e compreensão dos mesmos.

Figura 1: Diagrama de sectores referentes à questão: como avalia os temas debatidos/ apresentados na Sessão?



O diagrama de sectores da figura 1 apresenta que 87% dos enfermeiros consideraram o tema debatido/ apresentado na sessão muito adequado e 13% consideraram-no adequado.

Figura 2: Diagrama de sectores referentes à questão: como avalia a apresentação realizada?



O diagrama de sectores da figura 2 apresenta que 87% dos enfermeiros consideraram a apresentação realizada como muito adequada e 13% consideraram-na adequada.

Figura 3: Diagrama de sectores referentes à questão: esta acção de formação irá alterar comportamentos/ técnicas?

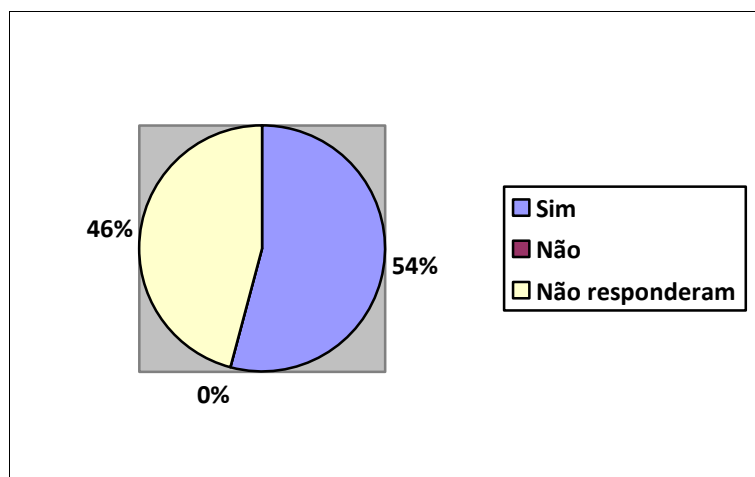
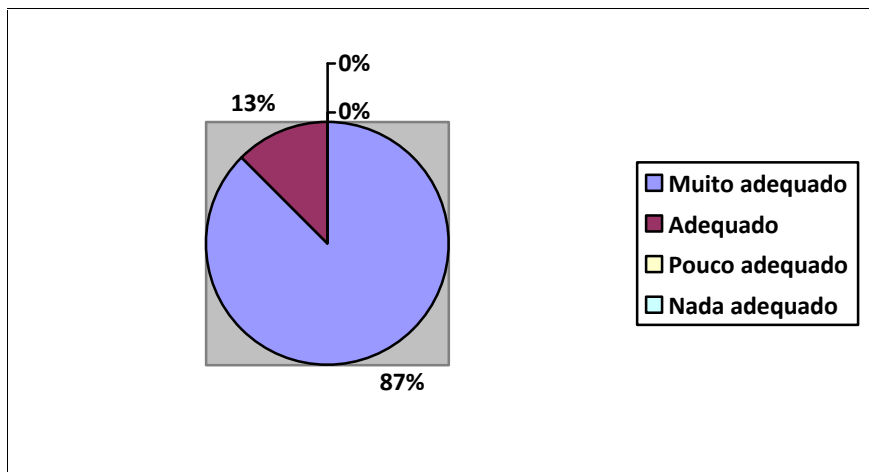


Tabela1: Tabela referente à questão: Justifique?

Justificação	Nº de Pessoas
Permitir obter conhecimentos acerca da escala de avaliação de risco de quedas	1
Permitir avaliar o risco de quedas de cada criança e intervir para diminuir o risco de queda	2
Permitir aumentar a segurança das crianças internadas e diminuir o risco de queda	1
Alertar para o risco de quedas e permitir a notificação das mesmas	3
Permitir uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados	4
Total	11

O diagrama de sectores da figura 3 apresenta que 54% dos participantes referiram que esta formação irá alterar comportamentos/ técnicas e 46% não responderam à questão. A tabela 1 apresenta as justificações dadas pelos 11 enfermeiros que responderam à questão. Podemos verificar que 4 participantes referiram que esta sessão de formação vai permitir uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados e 3 participantes mencionaram que vai alertar os enfermeiros para o risco de quedas e permitir a notificação das mesmas. Também podemos verificar que 2 enfermeiros referiram que vai permitir avaliar o risco de quedas de cada criança e intervir para diminuir o risco de queda, os restantes 2 participantes mencionaram que vai permitir obter conhecimentos acerca da escala de avaliação de risco de quedas e vai permitir aumentar a segurança das crianças internadas e diminuir o risco de queda.

Figura 4: Diagrama de sectores referentes à questão: como avalia a sessão de acordo com as suas expectativas?



O diagrama de sectores da figura 4 apresenta que 87% dos participantes refere a sessão muito adequada de acordo com as suas expectativas, apenas 13% refere que foi adequada.

Em relação à questão: "Sugestões e/ ou comentários que considere relevantes". Nenhum dos 24 participantes responderam a esta questão.

APÊNDICE XX – Poster: “Criança Segura no Serviço de Pediatria do CHTV”

Com o objectivo de evitar quedas no Hospital, aconselha-se os pais/ família/ pessoa significativa a atender às seguintes recomendações:

Puxar sempre as grades do berço ou cama para cima, mesmo durante o sono;

Verificar sempre se foi accionado o travão e se este ficou bem preso;

Não deixar a criança ou o jovem com risco de queda sozinho, em cima da cama ou na bancada, nem por um segundo;



Colocar a cama numa posição baixa, com o intuito de permitir maior autonomia da criança e do jovem;

Ter próximo da criança ou jovem os óculos, aparelhos auditivos, dispositivos de marcha, a garrafa de água ou outros bens pessoais, para facilitar o acesso da criança ou jovem aos mesmos;

Durante o banho, segurar o bebé correctamente, a fim de evitar uma possível queda;

Acompanhar a criança à casa de banho durante o primeiro levante após cirurgia, se for o caso, e quando transporta consigo dispositivos, tais como soros;

No carinho (ou cadeirinha) colocar sempre o cinto de segurança e travá-lo, quando estiver parado;



A cadeira das refeições deve ser estável e colocada preferencialmente encostada à parede;

Não esquecer de travar a cadeira de rodas se for o caso, quando estiver parado;

Manter o corredor da enfermaria desimpedido;

Calçar à criança ou jovem sapatos antiderrapantes e completamente fechados atrás, bem justos aos pés, para evitar que tropece e escorregue;



Não permitir que a criança ou jovem se coloque em cima do suporte de soros;

Não permitir que a criança ou jovem corra no serviço, nem brinque em áreas não permitidas;

Supervisionar a criança ou jovem enquanto brinca na sala de actividades, pois a criança ou jovem pode tropeçar em brinquedos desarrumados, ou pisá-los;

Ter atenção ao piso molhado por derrame accidental, de líquidos ou aquando da limpeza do pavimento ou zona de banhos;

Deixar luz de presença acesa durante a noite, em caso de necessidade, para permitir maior visibilidade.



Textos e imagens adaptados de: HOCKENBERRY, Marily J. (2006). *Manuais de Enfermagem Pediátrica* (7ª Edição), Rio de Janeiro: Elsevier Editora. ISBN 13:978-0-323-02593-5; http://www.clipartof.com/gallery/clipart/wheelchair_race.html; [http://1.bp.blogspot.com/_1NvyZck5AVE/SIIH6EhwyII/AAAAAAAAAAK/dn39Q6CF1g/S220/Logo%2BBSK%2BBrasil%2B2006%2B\(pequeno\).jpg](http://1.bp.blogspot.com/_1NvyZck5AVE/SIIH6EhwyII/AAAAAAAAAAK/dn39Q6CF1g/S220/Logo%2BBSK%2BBrasil%2B2006%2B(pequeno).jpg); <http://www.night-lights.net/>; <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:ParentChildIcon.svg>; <http://www.goldenoptometric.com/our-promotions.php>; <http://thepaganhousehold.com/wp-content/uploads/2011/05/children-playing.jpg>; <http://www.clker.com/clipart-3584.html>; Anime seu espaço com Associação para a Promoção de Segurança Infantil

APÊNDICE XXI – Panfleto: “Recomendações para a Prevenção de Quedas de Crianças e Jovens internados no Serviço de Pediatria”

Os Familiares e visitantes podem ajudar a evitar quedas fazendo o seguinte:

- Permanecer com a criança ou jovem se necessário.
- Informar a enfermeira sobre qualquer alteração de comportamento ou do que diz a criança ou o jovem.
- Informar a enfermeira se a criança ou jovem referir tonturas, visão turva, fraqueza ou qualquer outro sintoma.
- Manter o caminho livre dentro do quarto da criança ou do jovem.
- Deixar a cama na posição mais baixa ao sair do quarto e com grades elevadas.
- Informar a enfermeira sempre que se ausentar de perto da criança ou do jovem.



ATENÇÃO !!!

- Criar um ambiente seguro não é “fechar a criança a sete chaves” ou mantê-lo “numa redoma”. A criança 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 à criança ou jovem.
- Lembre-se sempre que, para as crianças, todas as coisas são brinquedos e tudo é brincadeira.

CONTACTOS

Associação para a Promoção da Segurança Infantil
Vila Berta, 7-r/c Esq. - 1170-400 Lisboa
Telf. 218 844 100 Fax: 218 844 109
apsi@apsi.org.pt - www.apsi.org.pt

Saúde 24/Dói-dói, trim-trim
Telf. 808 24 24 00
www.saude24.pt

Centro Hospitalar de Torres Vedras — CHTV
Rua Dr. Aurélio Ricardo Belo 2560-342 Torres Vedras

Telf. 261 319 300 Fax: 261 312 857

Linha Azul: 261 312 857

admin@hdtvedras.min-saude.pt

Realizado por: **Leticia Libânia Dos Santos**

Aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Textos e imagens adaptados de:

-- http://www.clipartof.com/gallery/clipart/wheelchair_race.html
—[http://1.bp.blogspot.com/_1NvyZCk5AVE/SIIH6EhwyII/AAAAAAAAAAk/_dn39Q6CF1g/S220/Logo%2BSK%2BBrazil%2B2006%2B\(pequeno\).jpg](http://1.bp.blogspot.com/_1NvyZCk5AVE/SIIH6EhwyII/AAAAAAAAAAk/_dn39Q6CF1g/S220/Logo%2BSK%2BBrazil%2B2006%2B(pequeno).jpg)
- <http://www.night-lights.net/>
- <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:ParentChildIcon.svg>
- <http://www.goldenoptometric.com/our-promotions.php>
- <http://thepaganhousehold.com/wp-content/uploads/2011/05/children-playing.jpg>
- <http://www.cliker.com/clipart-3584.html>
- **Anime seu espaço.com**
- **Associação para a Promoção de Segurança Infantil**
- **HOCKENBERRY, Marilyn J. (2006) - Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, 7ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora. ISBN 13:978-0-323-02593-5.**



RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE QUEDAS DE CRIANÇAS E JOVENS INTERNADOS NO SERVIÇO DE PEDIATRIA





Recomendações



No Serviço de Pediatria há uma equipa de profissionais constantemente preocupados com a segurança do seu filho, durante o internamento.

Proporcionar um ambiente seguro para a criança e jovem é uma das metas da equipa de Enfermagem.

Assim sendo, acreditamos que a prevenção de quedas é uma responsabilidade que cabe a todos nós.



É importante avisar a enfermeira que está responsável pelo seu filho, sempre que este estiver em risco de queda ou se ele:

- Caiu recentemente
- Seja propenso a magoar-se
- Refere tonturas ou visão turva
- Tem fraqueza ou perda de equilíbrio
- Usa aparelhos ortopédicos, tais como canadianas ou andarilhos.

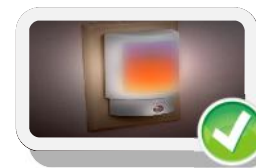
Com o objectivo de evitar quedas no hospital, aconselha-se os pais/ família/ pessoa significativa a atender às seguintes recomendações:

- Puxar sempre as grades do berço ou cama para cima, mesmo durante o sono;
- Verificar sempre se foi accionado o travão e se este ficou bem preso;
- Não deixar a criança ou o jovem com risco de queda sozinho, em cima da cama ou na bancada, nem por um segundo;



- Colocar a cama numa posição baixa, com o intuito de permitir maior autonomia da criança e do jovem;
- Ter próximo da criança ou jovem os óculos, aparelhos auditivos, dispositivos de marcha, a garrafa de água ou outros bens pessoais, para facilitar o acesso da criança ou jovem aos mesmos;
- Durante o banho, segurar o bebé correctamente, a fim de evitar uma possível queda;
- Acompanhar a criança à casa de banho durante o primeiro levante após cirurgia, se for o caso e quando transporta consigo dispositivos, tais como soros;
- No carinho (ou cadeirinha) colocar sempre o cinto de segurança e travá-lo, quando estiver parado;

- A cadeira das refeições deve ser estável e colocada preferencialmente encostada à parede;
- Não esquecer de travar a cadeira de rodas se for o caso, quando estiver parado;
- Manter o corredor da enfermaria desimpedido;
- Calçar à criança ou jovem sapatos antiderrapantes e completamente fechados atrás, bem justos aos pés, para evitar que tropece e escorregue;



- Não permitir que a criança ou jovem se coloque em cima do suporte de soros;
- Não permitir que a criança ou jovem corra no serviço, nem brinque em áreas não permitidas;
- Supervisionar a criança ou jovem enquanto brinca na sala de actividades, pois a criança ou jovem pode tropeçar em brinquedos desarrumados, ou pisá-los;
- Ter atenção ao piso molhado por derrame accidental, de líquidos ou aquando da limpeza do pavimento ou zona de banhos;
- Deixar luz de presença acesa durante a noite, em caso de necessidade, para permitir maior visibilidade.

APÊNDICE XXII – *Checklist* da Segurança do Equipamento

CHECKLIST DA SEGURANÇA DO EQUIPAMENTO

Serviço _____

Data: ____/____/____

Auditor: _____

Cadeira de Rodas		SIM	NÃO	Observações
Travões	Cadeira segura quando aplicado?			
Braços da cadeira	Desconectam-se facilmente para transferências?	Não existe no Serviço		
Apoios para os pés	Ajustam-se facilmente?			
Pedais	Dobram facilmente, para o doente poder ficar?			
	Não descaem?			
Rodas	Não estão dobradas ou deformadas?			
	Não encravam?			
	Os travões travam eficazmente?			
Suporte de Soros				
Vara de suporte	Ajusta-se facilmente em altura?			
Rodas	Deslizam, rodam facilmente; não encravam?			
Estabilidade	Não tomba facilmente? (deve ter 5 apoios na base)			
Camas				
Grades	Sobem e baixam facilmente?			
	Ficam seguras quando elevadas?			
Rodas	Deslizam, rodam facilmente; não encravam?			
Travões	Dão segurança à cama quando activados?			
Banquinhos				
Pernas	Protectores de borracha em todos os pés?			
	Estáveis, não balançam?			
Topo	Superfície anti-derrapante?			
Campainhas				
	Luz de aviso no exterior da porta?			

Funcionantes	Alarme sonoro?			
	Alarme na sala de Enfermagem?			
	Intercomunicador satisfatório?	Não existe no Serviço		
	Acessível nas casas de banho?			
	Fio que acciona o alarme em boas condições?			
	Painel de alarme funciona?			
Andarilhos				
Segurança	Borrachas de segurança nas pontas presentes e em bom estado?			
	São estáveis?			
Bengalas				
Segurança	Borrachas de segurança em bom estado?			
Canadianas				
Segurança	Borrachas de segurança em bom estado?			
Mesas de Cabeceira				
Rodas	Deslizam, rodam facilmente; não encravam?			
	Peso distribuído?			
Cadeirão				
Se tiver rodas	Deslizam, rodam facilmente; não encravam?			
	Travão funciona quando accionado?			
Mesa de Refeições	Seguro?			
Corrimão	Pega adequada, contínua tanto quanto possível?			
	No quarto do utente?			
	Na Casa de Banho?			
	Nos Corredores?			
Paredes	Caixas de luvas, suporte para processo do doente, equipamentos esquinados fora do trajecto para a casa de banho?	Não existe no Serviço		

Fonte: Morse, J. (2009). *Preventing Patient Falls: Establishing a fall Intervention Program* (2ª Edition). New York: Springer Publishing Company, LLC. ISBN 978-0-8261-0389-5.

APÊNDICE XXIII – Norma da Verificação da Segurança do Equipamento



A Segurança do Equipamento

1. DEFINIÇÃO:

No hospital, os equipamentos que podem colocar o doente em risco de queda devem ser verificados regularmente por pessoal qualificado. No entanto, alguns equipamentos que são usados diariamente como, por exemplo, as cadeiras de rodas podem cair no esquecimento e não ser verificados com tanta regularidade (Morse, 2009). Daí ser importante avaliar regularmente as condições do equipamento do Serviço.

2. OBJECTIVOS:

- Avaliar as condições do equipamento.
- Prevenir possíveis quedas.
- Aumentar a segurança da criança e do jovem.
- Aumentar a satisfação da criança e do jovem e acompanhantes.

3. CAMPO DE APLICAÇÃO:

- Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras.

4. DESCRIÇÃO:

4.1. Equipamento e material necessários:

- *Checklist* da Segurança do Equipamento (**Anexo I**)

4.2. Organização do procedimento:

- Verificar a segurança do equipamento do Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras semanalmente (a verificação do equipamento vai ser efectuada pela Enfermeira responsável pelo Programa de Intervenção na prevenção de quedas);
- Começar a verificação do equipamento em uma das extremidades do serviço e terminar na outra extremidade do serviço;
- Preencher a *checklist* da Segurança do Equipamento.



A Segurança do Equipamento

Edição: 01

Data: 00/00/00

Revisão: 00

Data: 00/00/00

4.3. Optimização do procedimento:

- Enviar o relatório ao Gabinete de Gestão do Risco que o valida e, de seguida, o apresenta ao Conselho de Administração.

5. REGISTOS:

- Preencher o cabeçalho da *checklist* da Segurança do Equipamento.
- Assinalar a opção correcta para cada um dos itens a avaliar.
- Realizar um relatório semestral.

6. DOCUMENTOS ASSOCIADOS:

- Morse, J. (2009). *Preventing Patient Falls: Establishing a fall Intervention Program* (2^a Edition). New York: Springer Publishing Company, LLC. ISBN 978-0-8261-0389-5.
- **Anexo I** - *Checklist* da Segurança do Equipamento
- **Anexo II** - Circular Informativa nº 013/CA - Camas hospitalares para uso na população pediátrica: Potencial risco de entalamento.
- **Anexo III** – Circular Normativa nº 144/CD – Camas Pediátricas Hospitalares

7. INDICADORES:

- Indicador de Quedas – Indicador de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Serviço _____

Data: ____/____/____

Auditor: _____

Cadeira de Rodas		SIM	NÃO	Observações
Travões	Cadeira segura quando aplicado?			
Braços da cadeira	Desconectam-se facilmente para transferências?	Não existe no Serviço		
Apoios para os pés	Ajustam-se facilmente?			
Pedais	Dobram facilmente, para o doente poder ficar?			
	Não descaem?			
Rodas	Não estão dobradas ou deformadas?			
	Não encravam?			
	Os travões travam eficazmente?			
Suporte de Soros				
Vara de suporte	Ajusta-se facilmente em altura?			
Rodas	Deslizam, rodam facilmente; não encravam?			
Estabilidade	Não tomba facilmente? (deve ter 5 apoios na base)			
Camas				
Grades	Sobem e baixam facilmente?			
	Ficam seguras quando elevadas?			
Rodas	Deslizam, rodam facilmente; não encravam?			
Travões	Dão segurança à cama quando activados?			
Banquinhos				
Pernas	Protectores de borracha em todos os pés?			
	Estáveis, não balançam?			
Topo	Superfície anti-derrapante?			
Campainhas				
	Luz de aviso no exterior da porta?			

Funcionantes	Alarme sonoro?			
	Alarme na sala de Enfermagem?			
	Intercomunicador satisfatório?	Não existe no Serviço		
	Acessível nas casas de banho?			
	Fio que acciona o alarme em boas condições?			
	Painel de alarme funciona?			
Andarilhos				
Segurança	Borrachas de segurança nas pontas presentes e em bom estado?			
	São estáveis?			
Bengalas				
Segurança	Borrachas de segurança em bom estado?			
Canadianas				
Segurança	Borrachas de segurança em bom estado?			
Mesas de Cabeceira				
Rodas	Deslizam, rodam facilmente; não encravam?			
	Peso distribuído?			
Cadeirão				
Se tiver rodas	Deslizam, rodam facilmente; não encravam?			
	Travão funciona quando accionado?			
Mesa de Refeições	Seguro?			
Corrimão	Pega adequada, contínua tanto quanto possível?			
	No quarto do utente?			
	Na Casa de Banho?			
	Nos Corredores?			
Paredes	Caixas de luvas, suporte para processo do doente, equipamentos esquinados fora do trajecto para a casa de banho?	Não existe no Serviço		

Fonte: Morse, J. (2009). *Preventing Patient Falls: Establishing a fall Intervention Program* (2ª Edition). New York: Springer Publishing Company, LLC. ISBN 978-0-8261-0389-5.

N.º 013 /CA
Data: 31-01-2006

Assunto: **Camas hospitalares para uso na população pediátrica: Potencial risco de entalamento**

Para: Profissionais de saúde

Contacto no INFARMED: Departamento de Vigilância de Produtos de Saúde
(Tel: 21 798 71 45; Fax: 21 798 73 67; email: dvps@infarmed.pt)

Ex.mo(a) Senhor(a) Dr.(ª),

O INFARMED teve conhecimento da recepção, por algumas Autoridades Competentes Europeias, de notificações de incidentes graves, incluindo alguns casos mortais, devido ao facto de crianças de pequena estatura ficarem entaladas nas grades laterais de camas hospitalares dimensionadas para adultos.

Em Portugal, o INFARMED não foi informado de qualquer incidente desta natureza. No entanto, reconhece-se a inexistência de procedimentos escritos padronizados referentes à utilização de camas na população pediátrica.

De forma a prevenir a ocorrência de incidentes deste tipo, **o INFARMED recomenda:**

- Cada Instituição ou estabelecimento de saúde deve assegurar que os profissionais de saúde envolvidos sejam avisados deste potencial risco;
- A reflexão sobre a prática corrente e a necessidade de adoptar procedimentos para a utilização de camas hospitalares, nomeadamente, tendo em conta:
 - a dimensão apropriada da cama à estatura do doente;
 - a escolha do desenho das grades laterais adequado a crianças e adultos bem como a altura do colchão;
 - a supervisão por profissionais de saúde quando, em situações de emergência, não estiverem disponíveis camas com dimensões apropriadas;

Todos os incidentes ou quase incidentes relacionados com este assunto, bem como a adopção de medidas preventivas e/ou correctivas deverão ser comunicados a este Instituto através dos contactos supramencionados.

O Conselho de Administração



(Dr^a. Luísa Carvalho)

N.º 144/CD

Data: 29/08/2008

Assunto: **Camas pediátricas hospitalares**

Para: Divulgação geral

Contacto no INFARMED: Direcção de Produtos de Saúde
(Tel.: 217987235; Fax: 217987281; e-mail: daps@infarmed.pt)

No âmbito da colaboração entre Autoridades Competentes Europeias o INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED, I.P.) teve conhecimento, através de informação de uma Autoridade Competente congénere, de alguns incidentes ocorridos com camas pediátricas hospitalares, nas quais ocorreu o estrangulamento de crianças entre as barras das referidas camas. O espaçamento entre as barras permitia a passagem do corpo, excepto a cabeça das crianças, provocando o seu estrangulamento.

Apesar de não estarem previstos, quer na legislação nacional quer na legislação comunitária, requisitos de segurança específicos para as camas pediátricas hospitalares, existem contudo normas harmonizadas para as camas pediátricas domésticas (EN 716-1:2008 e EN 716-2:2008), as quais estabelecem uma largura entre as grades menor ou igual a 65mm, para as camas com comprimento interior entre 90-140cm.

Neste sentido e de forma a evitar a ocorrência da referida situação, o INFARMED, I.P., enquanto Autoridade Competente para os Dispositivos Médicos, deliberou, por razões de precaução e zelo pela saúde pública, **proibir o fabrico, importação, distribuição e comercialização, em Portugal, de camas pediátricas hospitalares com grades, cujo comprimento interior esteja compreendido entre 90-140cm, e que possuam uma largura entre as grades superior a 65 mm.**

Assim, os fabricantes nacionais de camas pediátricas hospitalares, com comprimento interior entre 90 e 140cm, devem cumprir o requisito normativo, no que respeita à **largura entre as grades (igual ou inferior a 65mm)**, constante da EN 716-1 e EN 716-2, quer na concepção quer no fabrico dos referidos dispositivos médicos.

Informa-se ainda todos aqueles que pretendem adquirir tais dispositivos que deverão ter em atenção, no processo de selecção e aquisição, a verificação do cumprimento do referido requisito

Relativamente, às camas pediátricas hospitalares, com comprimento interior entre 90-140 cm, e cuja largura entre as grades é superior a 65 mm, que se encontram em serviço, o INFARMED, I.P. recomenda que as instituições ponderem a continuidade da sua utilização, tendo em consideração o risco associado à sua utilização.

O Conselho Directivo


Luísa Carvalho
Vice-Presidente do
Conselho Directivo

APÊNDICE XXIV – Guia Orientador de Boas Práticas

Serviço de Pediatria

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE QUEDAS NA CRIANÇA E NO JOVEM EM AMBIENTE HOSPITALAR

Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediátrica



Elaborado por:
Letícia Libânia Dos Santos

Torres Vedras, Fevereiro de 2012



Serviço de Pediatria

**PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE
ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE QUEDAS
NA CRIANÇA E NO JOVEM EM AMBIENTE
HOSPITALAR**

**Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediátrica**

Elaborado por:
Letícia Libânia Dos Santos

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem da Criança e do Jovem

Professora Orientadora: Maria Manuela Soveral

Enfermeira Co-Orientadora: Susana Maria Sardinha Vieira Ramos

Torres Vedras, Fevereiro de 2012

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	5
2. FUNDAMENTAÇÃO	8
3. ALGORITMO DE ACTUAÇÃO / PLANEAMENTO DE CUIDADOS	13
4. PRINCIPIOS GERAIS	14
5. OPERACIONALIZAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS	15
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXOS	24
ANEXO I – <i>Humpty Dumpty Falls Scale</i>	
ANEXO II – Panfleto	
ANEXO III – Folha de Registo de Queda do Doente	
ANEXO IV – <i>Checklist</i> da Segurança do Equipamento	

ABREVIATURAS E SIGLAS

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

CIPE - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ed. – edição

EPE – Entidade Pública Empresarial

n.º - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. - página

% - percentagem

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SNS – Serviço Nacional de Saúde

WHO – World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

O presente Guia Orientador de Boas Práticas pretende sistematizar as intervenções de enfermagem na prevenção de quedas de crianças e jovens em ambiente hospitalar. Segundo a OE (2007, p.3) “na Enfermagem a questão da elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados reveste-se de grande actualidade, já que estes são considerados Instrumentos de Qualidade, não só na área da saúde, pelo que os enfermeiros devem basear a sua actuação profissional em práticas recomendadas, tornando os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes”.

A promoção de um ambiente seguro em contexto Pediátrico para a prevenção de quedas na criança e no jovem em ambiente hospitalar deve-se ao facto de as quedas serem um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem, um factor de preocupação das instituições de saúde, e a prevenção das mesmas serem consideradas um foco sensível nos cuidados de enfermagem.

O ambiente na prática de enfermagem tem sido contemplado ao longo da evolução da teorização da disciplina, sendo considerado um dos conceitos básicos dos metaparadigmas, por ser comum à maioria dos modelos, filosofias e teorias. A título de exemplo, foi no século XIX, que Florence Nightingale se preocupou com o ambiente hospitalar e foi a partir daí que surgiu a necessidade de se oferecer um ambiente seguro e acolhedor aos doentes. Nightingale (2005, p. 3) define ambiente como “a utilização correcta de ar puro, iluminação, aquecimento, limpeza, silêncio e selecção adequada tanto da dieta, como da forma de a administrar – tudo com o mínimo de dispêndio da energia vital do doente”.

No Modelo de Enfermagem de Roper, Longan & Tierney, o ambiente é conceptualizado numa dimensão alargada e engloba tudo o que é fisicamente externo à pessoa. Isto inclui outras pessoas no ambiente, destacando a interacção de factores psicológicos e sócio-culturais como factores ambientais (Tomey & Alligood, 2004).

Watson (2002) refere que o ambiente interno e externo têm influência sobre a saúde da pessoa. O ambiente interno inclui o bem-estar mental e espiritual e as crenças

socioculturais do indivíduo, o externo inclui, além das variáveis epidemiológicas, outras variáveis como a privacidade, a segurança e um ambiente limpo e estético.

O ambiente seguro é uma componente essencial dos cuidados com qualquer doente, porém as crianças apresentam características específicas que exigem uma preocupação ainda maior em relação à sua segurança. A CIPE (Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem) Versão 2.0 (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2010, p. 74) define “segurança” como: “estar seguro, livre de perigo, risco ou lesão”.

A Classificação Internacional sobre a Segurança do doente da OMS define a segurança como: “a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção colectiva em face do conhecimento actual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento” (DGS, 2011, p.14).

A queda é um acontecimento cujo resultado é ficar inadvertidamente tombado no chão ou num outro nível mais baixo (WHO, 2004). O conceito “cair” vem descrito na CIPE (Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem) Versão 2.0 (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2010, p. 42) como: “descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical.”

Morse (2009, p.25) refere que “garantir um ambiente seguro ideal irá minimizar o número de quedas acidentais numa instituição”. Infelizmente, as unidades hospitalares não estão projectadas para os doentes, mas sim para a equipa de saúde e para a facilidade de equipamentos móveis, como camas e cadeiras de rodas. Isto não é argumentar que é impossível melhorar a segurança do ambiente para o doente com uma marcha fraca ou deficiente, mas sim de financiamento que irá certamente ajudar a implementação de um ambiente seguro (Morse, 2009).

A segurança do doente em ambiente hospitalar é uma prioridade para todas as instituições de saúde, para a promoção de uma cultura de segurança e para elevar o nível de comprometimento das práticas de segurança. As instituições de saúde devem ter uma cultura que apoie a segurança, desenvolva o trabalho em equipa, utilize práticas seguras,

de forma coerente, e envolvendo os doentes e suas famílias na segurança (Griffith & White, 2007, citados por *Continuing Nursing Education Series*, 2009). Na mesma linha de pensamento a DGS (2011, p.5) refere que “é necessário continuar a difundir e rapidamente sedimentar uma cultura de melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados oferecidos pelas unidades do SNS e pelas que por ele são contratualizadas”. Por esta razão, foi criado o Departamento da Qualidade em Saúde, no âmbito da DGS, assumindo o papel central de coordenador da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e tendo como uma das suas principais incumbências o dever de criar um programa nacional de acreditação em saúde, baseado num modelo sustentável e adaptável às características do sistema de saúde português, com o objectivo de garantir o reconhecimento da qualidade dos serviços prestadores de cuidados de saúde (DGS, 2011, p.5). O Departamento da Qualidade em Saúde encontra-se estruturado em quatro divisões. As quedas em ambiente Hospitalar, por sua vez, fazem parte da divisão de segurança do doente.

Este Guia tem como destinatários os Enfermeiros que cuidam de crianças, jovens e suas famílias no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras.

Os objectivos deste documento são: sensibilizar os enfermeiros para a promoção de um ambiente seguro em contexto Hospitalar e sistematizar intervenções e estratégias de enfermagem, com vista a uma melhoria na segurança da criança, do jovem e sua família.

A estrutura deste guia teve por base as recomendações da OE (2007) e o seu conteúdo pretende ser actual, preciso, sintético e claro, com linguagem técnica, mas ao mesmo tempo acessível, de modo a facilitar a sua leitura.

Este guia encontra-se dividido em 5 capítulos. No capítulo 1 consta a fundamentação e pertinência do tema, fazendo uma síntese do enquadramento teórico. No capítulo 2 está esquematizado o algoritmo, que teve por base o fluxograma n.º 2 da norma do CHLC EPE – “Prevenção e Monitorização de Quedas de Doentes em Ambiente Hospitalar”. No capítulo 3 são enunciados os princípios gerais. No capítulo 4 é descrita a operacionalização das boas práticas. Por último, no capítulo 5 são sugeridas questões de investigação.

2. FUNDAMENTAÇÃO

A promoção da Segurança da pessoa hospitalizada, em geral, e a prevenção de quedas, em particular, constitui uma preocupação crescente entre os prestadores de cuidados de enfermagem, pelo que se torna fundamental reflectir acerca desta temática (Saraiva *et al*, 2008). As quedas são um risco real, acontecem em meio hospitalar e constituem um indicador de qualidade assistencial (*Ibid*).

A segurança nos Hospitais é um foco contínuo de preocupação para os profissionais de saúde, especialmente para com o doente pediátrico, porque este é submetido a vários exames, medicamentos e a um ambiente novo e desconhecido para a criança (*American Nurses Credentialing Center, 2005; Institute for Healthcare Improvement, 2008; Joint Commission, 2008; National Center for Patient Safety, 2008*, citados por Hill-Rodriguez *et al*, 2009).

O hospital é um ambiente novo, desconhecido e com equipamentos que coloca as crianças em maior risco de uma queda inesperada. Pais e profissionais de saúde devem estar atentos a este ambiente, uma vez que pode prejudicar a marcha ou provocar episódios de desorientação associados à sua doença, estando, desta forma, a criança em maior risco de cair. As crianças que são hospitalizadas devem ser cuidadosamente monitorizadas e assistidas na realização das suas actividades, como por exemplo, ir às instalações sanitárias, entrar e sair da cama, porque estas actividades foram consideradas factores de risco para as quedas (Rasmus *et al*, 2006).

A OE (2006, p.6) refere estar “em pleno acordo com o *International Council of Nurses*, a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem. O desenvolvimento da segurança envolve um conjunto de medidas, com largo espectro de acção, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão de risco (o que inclui o controle de infecção, uma prática clínica segura, segurança dos equipamentos, a manutenção de um ambiente de cuidados seguro) e isto juntando um corpo de conhecimento científico focado na segurança da pessoa e nas infra-estruturas

necessárias para o garantir. Os cuidados prestados às pessoas requerem segurança - e isto inclui a informação sobre os riscos e a redução do risco”.

A OMS (2010) alerta para o facto de as quedas serem a segunda principal causa de morte por lesão accidental ou não intencional em todo o mundo, logo após os acidentes rodoviários. Globalmente, as quedas são um problema de saúde pública, sendo que ocorrem cerca de 424 mil quedas fatais anualmente. Em 2004 morreram no Mundo, em consequência de uma queda, 424.000 indivíduos de todas as idades, dos quais, mais de 46.000 eram crianças (WHO, 2004). Na Europa, todos os anos morrem 1500 crianças e jovens entre os 0 e os 19 anos na sequência de uma queda (APSI, 2011).

As quedas fazem parte do processo de desenvolvimento normal de uma criança – aprender a andar, subir, correr, saltar e explorar o ambiente físico. Felizmente, a maior parte das quedas têm pequenas consequências e muitas crianças caem muitas vezes ao longo da vida, não tendo mais do que umas escoriações ou hematomas. Mas algumas quedas vão para além da resiliência do corpo de uma criança, fazendo com que sejam a quarta causa de morte por acidentes nas crianças. As quedas não fatais também têm um peso significativo nos cuidados de saúde em todo o mundo. A frequência das quedas não fatais, os custos de saúde e o elevado risco de morte (particularmente resultantes de lesões na cabeça) exigem que a prevenção das lesões relacionadas com as quedas adquira um maior destaque e um reforço na promoção da segurança das crianças, em todo o mundo (WHO, 2004).

As crianças com idade inferior a 10 anos têm maior risco de morte devido a quedas e lesões que resultam da curiosidade e do desenvolvimento das competências motoras, bem como dos pais distraídos (Britton, 2005; Murray et al, 2000; Safe Kids Worldwide, 2008; Tarantino, Dowd & Murdock, 1999; Vilke *et al.*, 2004, citados por Hill-Rodriguez *et al.*, 2009). Daí os enfermeiros terem um papel fundamental na promoção da Saúde, através da acção informativa, educativa e preventiva junto da criança e dos pais, de forma a capacitá-los para a prevenção das quedas. Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) no Capítulo IV – Exercício e intervenção dos enfermeiros (Artigo 8º, n.º 2): “O exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem

como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril).

Razmus *et al* (2006) realizaram um estudo com o objectivo de identificar os factores de risco relacionados com as quedas nas crianças hospitalizadas. Chegaram à conclusão que, nas crianças com menos de 36 meses, a existência de episódios de desorientação, a mobilidade alterada e a história de quedas anteriores são factores preditivos das mesmas. O estudo revelou que em 82,8% dos casos de quedas, os pais/cuidadores estavam presentes; que a criança caiu, principalmente, no quarto/unidade (87%); que a cama é o equipamento mais envolvido na queda (35%); a maior parte das quedas ocorreram em camas de adulto (87%), 12,5% em berços e 1,3% em camas pequenas; as crianças caíram ao deslocar-se para as instalações sanitárias (22%) ou a entrar/sair da cama (20%).

Cooper & Nolt (2007) implementaram um Programa de Prevenção de Quedas no Hospital Pediátrico da Califórnia Central e realizaram um estudo entre 1 de Janeiro e 30 de Junho de 2006, em que ocorreram 57 quedas em crianças hospitalizadas, 55% do sexo feminino e 45% do sexo masculino. A maioria ocorreu em crianças com 1-2 anos (30%) e adolescentes com os 11-18 anos (28%), sendo que 63% ocorreram na presença dos pais. A maioria das quedas ocorreu no serviço de Pediatria Médica (18%), Unidade de Oncologia (14%), Fisioterapia (14%), na Unidade de Emergência (12%). Também concluíram que as crianças com menos de um ano de idade têm tendência a cair das macas, enquanto os adolescentes tendem a cair, enquanto deambulam ou executam actividades nas instalações sanitárias.

Hendrich (2007), citado por Hill-Rodriguez *et al* (2009), refere que na população pediátrica (menores de 10 anos), a maioria das quedas estão relacionadas com as condições ambientais do serviço, tais como berços, grades, sala de brinquedos e com os pais, pois estes muitas das vezes esquecem-se e deixam as crianças sozinhas com a grade lateral para baixo.

Hill-Rodriguez *et al* (2009) realizaram no *Miami Children’s Hospital* um estudo com 153 crianças (50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino) que caíram durante os anos

de 2005-2006, verificando que a maioria das quedas ocorreram em crianças com menos de 3 anos de idade e mais de 13 anos, internadas com doença neurológica (convulsões), doenças respiratórias (asma) e doenças gastrointestinais (desidratação ou vômitos).

A prevenção deste tipo de acidente não só é possível, como absolutamente necessária, quando se pretende rumar em busca da excelência e da qualidade do cuidar. Assim, segundo Saraiva *et al* (2008, p. 35), “os enfermeiros devem adoptar uma visão da sua profissão como disciplina científica, para se responsabilizarem por assegurar cuidados numa perspectiva humanista, assumindo o seu papel social e garantindo aos cidadãos cuidados oportunos com qualidade e risco controlado.”

As quedas são um problema significativo de segurança na população pediátrica, assim a monitorização das mesmas deve ser uma prioridade para se atingir qualidade nos cuidados de enfermagem (Donaldson, Brown, Aydin, Bolton & Rutledge, 2005, *in Continuing Nursing Education Series*, 2009). Nos EUA, corresponde a um dos 10 indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem, seleccionados pela Associação Americana de Enfermeiros (Gaspar & Westwood, 2010). A maioria das quedas podem ser prevenidas e a prevenção da queda do doente é um foco sensível aos cuidados de enfermagem. Na Inglaterra as quedas são o *Indicador 13 (International Quality Indicator Project, 2005)*.

Actualmente já existe bibliografia que sustenta as intervenções desempenhadas por enfermeiros e outros profissionais de saúde, na prevenção ou redução de quedas no doente pediátrico (Boswell, Ramsey, Smith & Apostas, 2001; DiLoreta, 2002; Bayer-McCarter, Bayer, & Hall, 2005; Rutledge, Donaldson, e Pravikoff, 2003; Tzeng & Yin, 2007, 2008, citados por Hill-Rodriguez *et al*, 2009). Estas intervenções, contudo, podem ser onerosas e métodos como a avaliação do risco de quedas em pediatria, utilizando uma escala de avaliação de risco, vai ajudar a identificar melhor os doentes para tais intervenções, permitindo a contenção de custos e melhorando a eficiência e a eficácia do atendimento, oferecendo uma melhor protecção de segurança aos doentes.

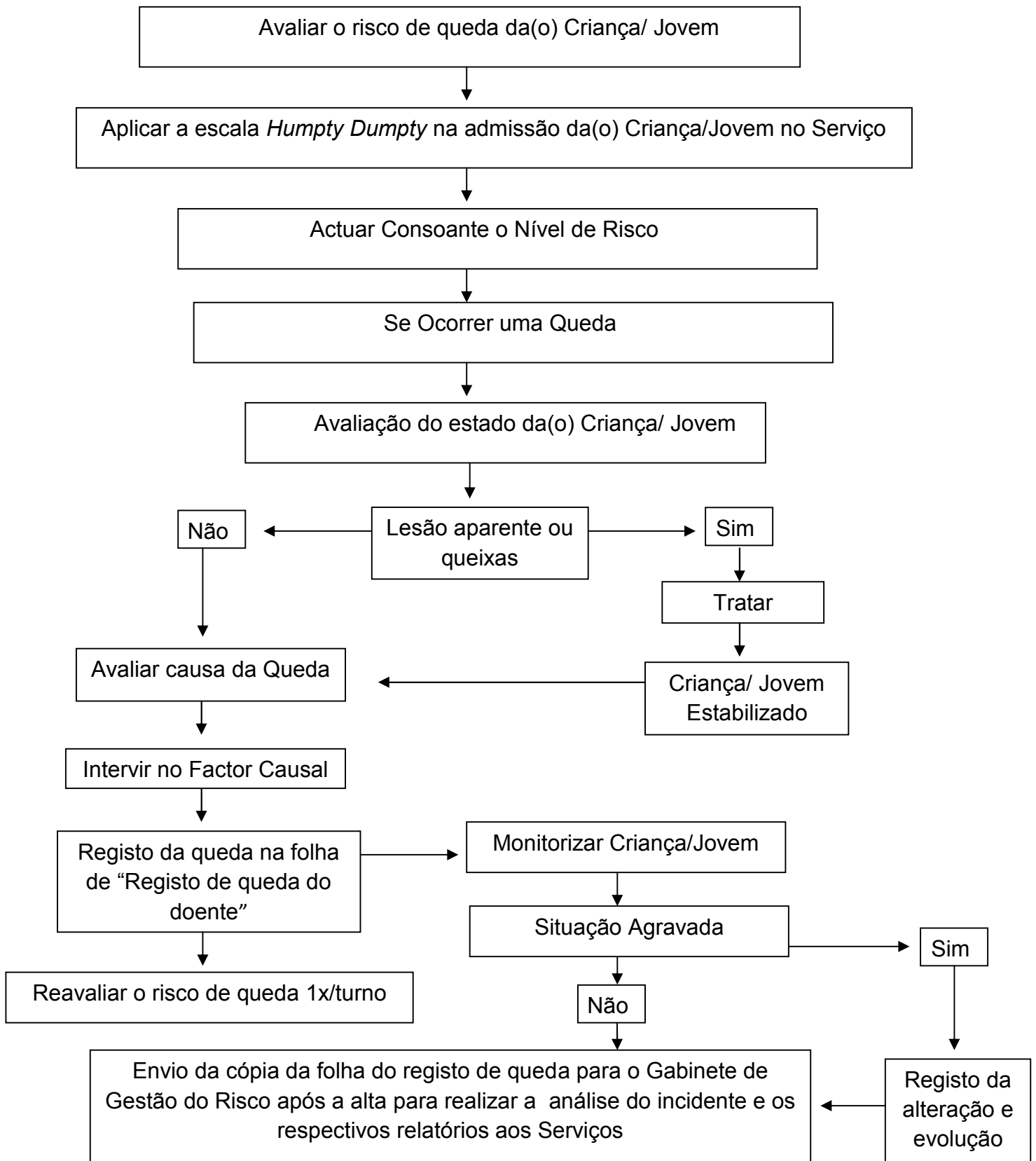
A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais, como a OMS e o Conselho Internacional de

Enfermeiros (OE, 2002). Definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configura um enorme desafio – quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de reflectir sobre o exercício profissional dos enfermeiros (*Ibid*).

A equipa de enfermagem assume um papel relevante na prevenção das quedas ao identificar potenciais factores de risco e implementando medidas tendentes a reduzir lesões que podem comprometer a recuperação do doente, prolongar a hospitalização e aumentar os custos com elas relacionados (Gaspar & Westwood, 2010).

Os enfermeiros devem estar despertos para a criação de um ambiente seguro no Hospital, no qual a criança e o jovem possam explorar e desenvolver as suas habilidades, sem que isto os coloque em situação de risco de cair. Também devem avaliar o risco de quedas em crianças e jovens, utilizando uma escala de avaliação de risco, para identificar os doentes que estejam em maior risco de cair. Tal ferramenta é a base do sucesso de um programa de intervenção de enfermagem para a prevenção de quedas. Esta vai ajudar o enfermeiro a identificar quais os doentes que estejam com baixo ou alto risco de queda, e intervir, de forma a reduzir o número de quedas de doentes em ambiente Hospitalar. Daí a necessidade de um Programa de Intervenção de Enfermagem na prevenção de quedas de crianças e jovens em ambiente Hospitalar.

3. ALGORITMO DE ACTUAÇÃO / PLANEAMENTO DE CUIDADOS



4. PRINCIPIOS GERAIS

1. “As quedas são um dos principais acidentes que ocorrem em pessoas hospitalizadas, constituindo um importante problema de saúde pública” (Saraiva *et al*, 2008, p.28);
2. As quedas são um risco real, acontecem em meio hospitalar e constituem um indicador de qualidade assistencial (*Ibid*, 2008);
3. A promoção da Segurança da pessoa hospitalizada, em geral, e a prevenção de quedas, em particular, constitui uma preocupação crescente entre os prestadores de cuidados de enfermagem, pelo que se torna fundamental reflectir acerca desta temática (*Ibid*, 2008);
4. As quedas são um problema significativo de segurança na população pediátrica, assim a monitorização das mesmas deve ser uma prioridade na qualidade dos cuidados de enfermagem (Donaldson, Brown, Aydin, Bolton & Rutledge, 2005, *in Continuing Nursing Education Series*, 2009);
5. A equipa de enfermagem assume um papel relevante na prevenção das quedas ao identificar potenciais factores de risco e implementando medidas tendentes a reduzir lesões que podem comprometer a recuperação do doente, prolongar a hospitalização e aumentar os custos relacionados (Gaspar & Westwood, 2010);
6. A monitorização de quedas é fundamental para direccionar as intervenções de enfermagem com vista a uma melhor prática de cuidados;
7. Os enfermeiros devem avaliar o risco de quedas em crianças e jovens, utilizando uma escala de avaliação de risco, para identificar os doentes que estejam em risco de cair;
8. Os enfermeiros devem orientar os pais/família/cuidadores informais sobre os cuidados que devem ter com em relação às crianças em ambiente Hospitalar;
9. Os enfermeiros devem avaliar as condições do equipamento, de forma a promover a segurança e a prevenir as quedas da criança e do jovem hospitalizados;
10. O REPE (Artigo 8º, n.º 2) refere que “o exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro).

5. OPERACIONALIZAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS

Na revisão sistemática da literatura foi encontrada apenas uma escala para monitorizar o risco de queda em crianças hospitalizadas, denominada *The Humpty Dumpty Falls Scale*, criada pelo *Miami Children's Hospital* (Hill-Rodriguez *et al*, 2009). Esta escala foi validada através de um estudo descritivo que identificou o elevado risco de quedas em crianças hospitalizadas. O estudo baseou-se numa análise de caso-controle, com uma amostra de 153 casos de queda e 153 casos controle, estratificados por idade, género e diagnóstico. Os resultados demonstraram que as crianças classificadas com alto risco de queda caíram o dobro das vezes que as crianças classificadas com baixo risco. Segundo Hill-Rodriguez *et al* (2009) a *Humpty Dumpty Falls Scale* surge como uma ferramenta essencial ao programa de prevenção de quedas em Pediatria, tendo em conta as metas internacionais da segurança dos doentes. **(Anexo I)**

A escala de avaliação do risco de queda tem como objectivos: identificar o nível de risco de queda na criança e no jovem, actuar consoante o nível de risco, prevenir possíveis quedas e aumentar a segurança da criança e do jovem. É muito importante o desenvolvimento de práticas seguras e de alta qualidade, utilizando instrumentos testados, pois é um grande desafio para a gestão de enfermagem em Unidades Pediátricas (Harvey *et al*, 2010).

A escala *Humpty Dumpty* é uma ferramenta de avaliação de risco de queda em crianças e jovens hospitalizados, constituída por sete itens: idade; sexo; diagnóstico; deficiências cognitivas; factores ambientais; reacção à cirurgia/sedação/anestesia e consumo medicamentoso.

Cada item tem uma pontuação mínima e máxima, cujo resultado varia entre um mínimo de 7 e máximo de 23. Deste modo, o resultado obtido encontra-se definido em dois padrões de risco com um protocolo de segurança subjacente, ou seja, padrão de baixo risco (resultado 7-11) e padrão de elevado risco (resultado de 12 e superior).

A escala deverá ser aplicada a todas as crianças/jovens internados no momento de admissão no serviço e posteriormente uma vez por turno e sempre que houver uma mudança nas condições do doente que possa afectar o seu risco de queda até ao momento da alta. Assim, espera-se prevenir as quedas e aumentar a segurança.

Após definido o padrão de risco, o enfermeiro deve aplicar o protocolo de segurança consoante o nível do mesmo:

- No Protocolo Padrão de Baixo Risco (resultado 7-11)

- Orientação para o quarto;
- Cama em posição baixa, travões accionados;
- Grades de segurança x 2 ou 4 levantadas, avaliação de aberturas de grande dimensão, com envergadura que possa levar a que o doente entale um membro ou outra parte do corpo, utilização de procedimentos de segurança adicionais;
- Utilização de calçado antiderrapante nos doentes não acamados, utilização de vestuário de tamanho adequado para prevenir tropeções;
- Avaliar as necessidades de eliminação, prestar auxílio se for necessário;
- A luz de chamada encontra-se ao alcance, educar o doente/a família sobre a sua função;
- Ambiente livre de equipamento não utilizado, o mobiliário encontra-se no lugar, livre de riscos;
- Avaliar a existência de iluminação adequada, deixar a luz de presença acesa;
- Disponibilizar educação de doentes e familiares aos pais e ao doente;
- Documentar o ensino sobre a prevenção de quedas e incluir no plano de cuidados.

- No Protocolo Padrão de Elevado Risco (resultado de 12 e superior)

- Identificar com o símbolo correspondente ao risco elevado, na cama do doente, no historial clínico do doente e no quadro da sala de enfermagem;
- Educar o doente/os pais sobre as precauções do protocolo de quedas;
- Verificar o doente, no mínimo, a cada hora;
- Acompanhar o doente nas deslocações;
- Colocar o doente numa cama adequada ao respectivo desenvolvimento;
- Ponderar deslocar o doente para mais perto da sala de enfermagem;

- Avaliar a necessidade supervisão 1:1;
- Avaliar as horas de administração medicamentosa;
- Retirar todo o equipamento não utilizado do quarto;
- Barreiras de segurança para confinar espaços e aberturas na cama;
- Manter sempre a porta aberta, a não ser que estejam implementadas precauções de isolamento específicas;
- Manter a cama na posição mais baixa, a não ser que o doente esteja a ser assistido directamente;
- Documentar o ensino e o plano de cuidados no relatório de enfermagem.

Além disso, o enfermeiro deve estar atento ao estadio de desenvolvimento da criança ou do jovem. Por isso, é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimentos nesta área para poder intervir de forma adequada. Também deve identificar a criança ou o jovem especialmente vulnerável ou que esteja sujeito a vários factores de risco. Nesta situação, o enfermeiro deve intervir precocemente e capacitar as famílias para a necessidade de elevar o seu nível de segurança. Neste contexto, o seu papel é essencial no acompanhamento, orientação, aconselhamento e apoio da criança, do jovem e família, com o objectivo de promover a saúde prevenindo possíveis quedas.

A monitorização de quedas é fundamental para direccionar as intervenções de enfermagem com vista a uma melhor prática de cuidados. A estratégia de prevenção passa pela educação dos pais/família/cuidadores informais, das crianças e de todos os profissionais de saúde, em que o enfermeiro deve enfatizar o respeito pelas normas de segurança. Cooper & Nolt (2007) referem que desenvolveram e distribuíram panfletos para incentivar o envolvimento dos pais como parceiros da equipa de enfermagem, de forma a ajudarem a diminuir o risco de queda do seu filho. Neste âmbito foi elaborado um panfleto destinado aos pais, familiares ou pessoa significativa das crianças e jovens internados no Hospital, intitulado: “Recomendações para a Prevenção de Quedas de Crianças e Jovens internados no Serviço de Pediatria”. O panfleto foi elaborado, tendo por base uma pesquisa bibliográfica e foi apresentado à Enfermeira Orientadora do estágio e ao Enfermeiro Chefe do Serviço. Este panfleto explica aos familiares, de forma resumida, os cuidados que eles devem ter em relação ao seu filho no Serviço de Pediatria, de forma

a sensibilizá-los e capacitá-los para a problemática das quedas em ambiente hospitalar.

(Anexo II)

Na situação de ocorrência de uma queda na criança ou no jovem, o enfermeiro deve avaliar o estado da criança ou do jovem, verificar a existência de lesões aparentes ou possíveis queixas e solicitar avaliação Médica, caso seja necessário. Após a estabilização da criança ou do jovem, o enfermeiro deve avaliar a causa da queda e intervir no factor causal.

A monitorização de quedas deve ser uma prioridade para se atingir a qualidade nos cuidados de enfermagem (Donaldson, Brown, Aydin, Bolton e Rutledge, 2005, citados por *Continuing Nursing Education Series*, 2009). Assim, foi elaborada uma folha de registo de incidente de queda do doente para, desta forma, monitorizar o indicador das “quedas” de crianças e jovens Hospitalizados. A elaboração desta folha, teve por base uma pesquisa bibliográfica – o relatório técnico da DGS sobre a Estrutura Conceptual da classificação Internacional sobre Segurança do doente, bem como a consulta do Sistema de Relato de Incidentes Electrónico do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. **(Anexo III)**

Esta folha tem como objectivo identificar as causas e os factores envolvidos na queda, implementar medidas de prevenção de quedas e avaliar a eficácia das estratégias implementadas. Morse (2009) refere que quando ocorre a queda de um doente deve-se preencher a folha de notificação de queda e registar as circunstâncias e os acontecimentos que estiveram à volta do incidente. Segundo a mesma autora (2009, p.94) deve-se “obter o máximo de informação possível, através do doente e de testemunhas sobre a causa da queda”.

De seguida, o enfermeiro deve monitorizar a criança ou jovem e caso haja agravamento da situação, deve-se registar as alterações e evolução no estado da criança ou do jovem. A seguir deve-se avaliar novamente o risco de queda da criança ou do jovem.

O artigo 7.º da Carta da Criança Hospitalizada refere que: “o Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança” (Instituto de Apoio à criança, 2002). Por isso, cabe-nos a nós, enfermeiros, proporcionar um ambiente seguro, através da avaliação das condições físicas e ambientais do serviço

e implementando medidas de segurança, de forma a promover a segurança e a prevenir as quedas da criança e do jovem hospitalizados.

No hospital, os equipamentos que podem colocar o doente em risco de queda devem ser verificados regularmente por pessoal qualificado. No entanto, segundo Morse (2009) alguns equipamentos que são usados diariamente como, por exemplo, as cadeiras de rodas podem cair no esquecimento e não ser verificados com tanta regularidade. Daí ser importante avaliar regularmente as condições do equipamento do Serviço, motivo pelo qual se elaborou uma *Checklist* da Segurança do equipamento, tendo tido por base a *Checklist* desenvolvida pela autora, a qual se encontra disponível no livro da mesma (Morse, 2009, p. 38,39). **(Anexo IV)**

Após o preenchimento da folha de registo de queda do doente deve colocar-se no *dossier* das quedas, para posteriormente ser enviada para o Gabinete da Gestão do Risco para analisar o incidente e realizar o relatório com a respectiva apresentação dos resultados. Devem prevenir-se os riscos, identificando-os, analisando a origem e propondo acções preventivas. A análise dos riscos tem como objectivo estimar factores que interferem na segurança e os potenciais danos que os mesmos podem causar ao indivíduo; tais avaliações servem de subsídios para controle e prevenção dessa exposição (Lima, Leventhal e Fernandes, 2008).

A elaboração de um Programa de Prevenção de quedas é, assim, imperativo para explorar e descrever as linhas orientadoras para a avaliação do risco de queda na população pediátrica, bem como, uma oportunidade para desenvolver intervenções eficazes na segurança das crianças de alto risco como objectivo de reduzir o risco de queda e respectivos danos (Harvey *et al*, 2010).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se imprescindível que todas as Instituições de Saúde promovam uma cultura de segurança do doente em ambiente Hospitalar. As instituições de saúde devem ter uma cultura que apoie a segurança, desenvolva o trabalho em equipa, utilize práticas seguras, de forma coerente, envolvendo os doentes e suas famílias na segurança.

O Hospital, actualmente tem como principal objectivo promover a qualidade dos cuidados e a segurança do doente, exigindo novas formas de avaliação da sua eficácia. Assim, a segurança dos doentes surge como uma prioridade máxima e é vista como um paradigma da qualidade dos cuidados de saúde.

Os enfermeiros devem estar despertos para a criação de um ambiente seguro no Hospital, no qual a criança e o jovem possam explorar e desenvolver as suas habilidades, sem que isto as coloque em situação de risco de cair. Também devem avaliar o risco de quedas em crianças e jovens, utilizando uma escala de avaliação de risco, para identificar os doentes que estejam em maior risco de cair. Tal ferramenta é a base do sucesso de um programa de intervenção de enfermagem na prevenção de quedas. Esta ferramenta vai ajudar o enfermeiro a identificar quais os doentes em baixo ou alto risco de queda, e intervir de forma a reduzir o número de quedas de doentes em ambiente Hospitalar. Daí a necessidade de um Programa de Intervenção de Enfermagem na prevenção de quedas de crianças e jovens em ambiente Hospitalar.

Por isso, sugiro as seguintes questões de Investigação:

- Quais as principais causas e factores envolvidos na queda de uma criança ou jovem internados no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras?
- Serão as medidas de prevenção de quedas implementadas as mais adequadas?
- Qual será a eficácia das estratégias implementadas na prevenção das quedas no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2011). *Resumo do Relatório – Quedas em Crianças e Jovens*, Recuperado em 2011, Julho 07, de http://www.apsi.org.pt/24/apsi_relatorio_digital.pdf.
2. Conselho Internacional de Enfermeiras (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP) Versão 2*. Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN: 978-92-95094-35-2.
3. Continuing Nursing Education Series (2009). Pediatric falls: state of science. *Pediatric Nursing*, 35 (4), 227-231.
4. Cooper, C., Nolt, J. (2007). Development of an evidence-based pediatric fall prevention program. *Journal of Nursing Care Quality*, 22 (2), 107-12. Retrieved from EBSCOhost.
5. Decreto–Lei n.º 104/98, de 21 de Abril.
6. Direcção-Geral da Saúde (2011). *Estrutura Concetual da classificação Internacional sobre Segurança do doente*. Relatório Técnico. Recuperado em 2012, Janeiro 20, de <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0>.
7. Direcção-Geral da Saúde (2011). *Plano Nacional de Acreditação – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde* (1.ª ed.). ISBN 978-972-675-193-9. Recuperado em 2012, Janeiro 20, de <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0>.
8. Gaspar, I., & Westwood, I. (2010). *Dia mundial do doente*. Recuperado em 2011, Junho 15, de http://www.hsfxavier.min-saude.pt/Downloads_HSA/HSFX/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20e%20Imagem/Jornal%20do%20Centro/2010/jornal47.pdf.
9. Harvey, K., Kramlich, D., Chapman, J., Parker, J., Blades, E. (2010). Exploring and evaluating five Paediatric falls assessment instruments and injury risk indicators: an

- ambispective study in a tertiary care setting. *Journal of Nursing Management*, 18 (5), 531-541. Retrieved from EBSCOhost.
10. Hill-Rodriguez, D., Messmer, P.R., Willams, P.D., Zeller, R.A., Williams, A.R., Wood, M., Henry, M. (2009). The Humpty Falls Scale: A Case-Control Study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14 (1), 22-32. Retrieved from EBSCOhost.
 11. Instituto de Apoio à Criança (2002). *Carta da criança hospitalizada*. Recuperado em 2011, Fevereiro 22, de <http://www.iacrianca.pt/carta-da-crianca-hospitalizada>.
 12. International Quality Indicator Project (2005). *Indicator 13: falls*. Recuperado em 2011, Junho 15, de <http://www.internationalqip.com/>.
 13. Lima, L., Leventhal, L., Fernandes, M. (2008). Identificando os riscos do paciente hospitalizado. *Einstein*, 6 (4), 434-438. Recuperado em 2011, Outubro 15, de <http://apps.einstein.br/REVISTA/arquivos/PDF/992Einsteinv6n4port434-438.pdf>.
 14. Morse, J. (2009). *Preventing Patient Falls: Establishing a fall Intervention Program* (2.^a Edition). New York: Springer Publishing Company, LLC. ISBN 978-0-8261-0389-5.
 15. Nightingale, F. (2005). *Notas sobre Enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-92-4.
 16. Organização Mundial de Saúde (2010). *OMS destaca quedas como segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional no mundo*. Recuperado em 2011, Março 28, de <http://www.enfermagemp.pt/2010/09/oms-destaca-quedas-como-segunda.html>.
 17. Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*.
 18. Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de Posição sobre a Segurança do Cliente*. Conselho Jurisdicional da OE.
 19. Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Caderno temático. Lisboa.

20. Razmus, I., Wilson, D., Smith, R., Newman, E. (2006). Falls in hospitalized children. *Pediatric Nursing*, 32 (6), 568-72. Retrieved from EBSCOhost.
21. Roper, N., Logan, W., Tierney, A. (2001). *O Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: CLIMEPSI Editores. ISBN 972-796-013-8.
22. Saraiva, D., Louro, I., Ferreira, L., Batista, P., Pina, S. (2008). Quedas indicador da qualidade assistencial. *Revista Nursing*, 235, 28-35. ISSN 0871-6196.
23. Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.ª ed.). Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.
24. Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.
25. World Health Organization (2004). *World report on Child injury prevention*. Recuperado em 2011, Março 28, de http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/en/.

ANEXOS

ANEXO I – A Escala *Humpty Dumpty*



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Ferramenta de Avaliação de Risco de Queda
A Escala Humpty Dumpty – Doentes Hospitalizados

Parâmetro	Critérios	Resultado	___/___/2012			___/___/2012			___/___/2012		
			N	M	T	N	M	T	N	M	T
Idade	Menos de 3 anos	4									
	De 3 anos até menos de 7 anos	3									
	De 7 anos até menos de 13 anos	2									
	13 e mais anos	1									
Sexo	Masculino	2									
	Feminino	1									
Diagnóstico	Diagnóstico Neurológico	4									
	Alterações na Oxigenação (Diagnóstico Respiratório, Desidratação, Anemia, Anorexia, Síncope/tonturas, etc.)	3									
	Distúrbios Psicológicos/Comportamentais	2									
	Outros Diagnósticos	1									
Deficiências Cognitivas	Não tem noção dos Limites	3									
	Esquece os Limites	2									
	Orientado para a capacidade própria	1									
Factores Ambientais	Historial de Quedas ou Bebé/Criança com menos 3 anos deitada na Cama	4									
	Doente utiliza dispositivos de assistência ou Bebé/Criança com menos de 3 anos no Berço ou Mobiliário/Iluminação (Quarto Triplicado)	3									
	Criança com 3 anos e mais, deitado numa Cama	2									
	Zona de Ambulatório	1									
Reacção a Cirurgia/Sedação / Anestesia	No espaço de 24 horas	3									
	No espaço de 48 horas	2									
	Há mais de 48 horas/Nenhuma	1									
Consumo Medicamentoso	Consumo múltiplo de: Sedativos (excluindo doentes na UCI sedados e imobilizados) Hipnóticos Barbitúricos Fenotiazinas Anti-depressivos Laxantes/Diuréticos Narcóticos	3									
	Um dos medicamentos mencionados acima	2									
	Outros Medicamentos/Nenhuns	1									
		TOTAL									

Em risco de queda se o resultado for 12 ou Superior

Resultado Mínimo 7
Resultado Máximo 23



Protocolo de Segurança contra Queda de Doentes

Protocolo Padrão de Baixo Risco (resultado 7-11)

- Orientação para o quarto
- Cama em posição baixa, travões accionados
- Grades de segurança x 2 ou 4 levantadas, avaliação de aberturas de grande dimensão, com envergadura que possa levar a que o doente entale um membro ou outra parte do corpo, utilização de procedimentos de segurança adicionais.
- Utilização de calçado antiderrapante nos doentes não acamados, utilização de vestuário de tamanho adequado para prevenir tropeções
- Avaliar as necessidades de eliminação, prestar auxílio se for necessário
- A luz de chamada encontra-se ao alcance, educar o doente/a família sobre a sua função
- Ambiente livre de equipamento não utilizado, o mobiliário encontra-se no lugar, livre de riscos
- Avaliar a existência de iluminação adequada, deixar a luz de presença acesa
- Disponibilizar educação de doentes e familiares aos pais e ao doente
- Documentar o ensino sobre a prevenção de quedas e incluir no plano de cuidados

Protocolo Padrão de Elevado Risco (resultado de 12 e superior)

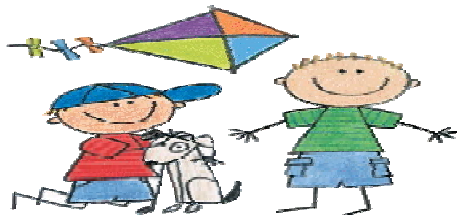
- Identificar com o símbolo correspondente ao risco elevado, na cama do doente, no historial clínico do doente e no quadro da sala de enfermagem
- Educar o doente/os pais sobre as precauções do protocolo de quedas
- Verificar o doente, no mínimo, a cada hora
- Acompanhar o doente nas deslocações
- Colocar o doente numa cama adequada ao respectivo desenvolvimento
- Ponderar deslocar o doente para mais perto da sala de enfermagem
- Avaliar a necessidade supervisão 1:1
- Avaliar as horas de administração medicamentosa
- Retirar todo o equipamento não utilizado do quarto
- Barreiras de segurança para confinar espaços e aberturas na cama
- Manter sempre a porta aberta, a não ser que estejam implementadas precauções de isolamento específicas
- Manter a cama na posição mais baixa, a não ser que o doente esteja a ser assistido directamente
- Documentar o ensino e o plano de cuidados no relatório de enfermagem

NOTA: Para identificar o doente com **padrão de Alto Risco** (resultado de 12 ou superior) colocar no quadro da sala de enfermagem e no quadro de identificação da cama, o símbolo . No doente com **padrão de Baixo Risco** (resultado 7-11) colocar o símbolo .

ANEXO II – Panfleto

Os Familiares e visitantes podem ajudar a evitar quedas fazendo o seguinte:

- Permanecer com a criança ou jovem se necessário.
- Informar a enfermeira sobre qualquer alteração de comportamento ou do que diz a criança ou o jovem.
- Informar a enfermeira se a criança ou jovem referir tonturas, visão turva, fraqueza ou qualquer outro sintoma.
- Manter o caminho livre dentro do quarto da criança ou do jovem.
- Deixar a cama na posição mais baixa ao sair do quarto e com grades elevadas.
- Informar a enfermeira sempre que se ausentar de perto da criança ou do jovem.



ATENÇÃO !!!

- Criar um ambiente seguro não é “fechar a criança a sete chaves” ou mantê-lo “numa redoma”. A criança 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 à criança ou jovem.
- Lembre-se sempre que, para as crianças, todas as coisas são brinquedos e tudo é brincadeira.

CONTACTOS

Associação para a Promoção da Segurança Infantil
Vila Berta, 7-r/c Esq. - 1170-400 Lisboa
Telf. 218 844 100 Fax: 218 844 109
apsi@apsi.org.pt - www.apsi.org.pt

Saúde 24/Dói-dói, trim-trim
Telf. 808 24 24 00
www.saude24.pt

Centro Hospitalar de Torres Vedras — CHTV
Rua Dr. Aurélio Ricardo Belo 2560-342 Torres Vedras

Telf. 261 319 300 Fax: 261 312 857

Linha Azul: 261 312 857

admin@hdtvedras.min-saude.pt

Realizado por: **Leticia Libânia Dos Santos**

Aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Textos e imagens adaptados de:

-- http://www.clipartof.com/gallery/clipart/wheelchair_race.html
— [http://1.bp.blogspot.com/_1NvyZCk5AVE/SIIH6EhwyII/AAAAAAAAAAk/_dn39Q6CF1g/S220/Logo%2BSK%2BBrazil%2B2006%2B\(pequeno\).jpg](http://1.bp.blogspot.com/_1NvyZCk5AVE/SIIH6EhwyII/AAAAAAAAAAk/_dn39Q6CF1g/S220/Logo%2BSK%2BBrazil%2B2006%2B(pequeno).jpg)
- <http://www.night-lights.net/>
- <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:ParentChildIcon.svg>
- <http://www.goldenoptometric.com/our-promotions.php>
- <http://thepaganhousehold.com/wp-content/uploads/2011/05/children-playing.jpg>
- <http://www.cliker.com/clipart-3584.html>
- **Anime seu espaço.com**
- **Associação para a Promoção de Segurança Infantil**
- **HOCKENBERRY, Marilyn J. (2006) - Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, 7ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora. ISBN 13:978-0-323-02593-5.**



RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE QUEDAS DE CRIANÇAS E JOVENS INTERNADOS NO SERVIÇO DE PEDIATRIA





Recomendações



No Serviço de Pediatria há uma equipa de profissionais constantemente preocupados com a segurança do seu filho, durante o internamento.

Proporcionar um ambiente seguro para a criança e jovem é uma das metas da equipa de Enfermagem.

Assim sendo, acreditamos que a prevenção de quedas é uma responsabilidade que cabe a todos nós.



É importante avisar a enfermeira que está responsável pelo seu filho, sempre que este estiver em risco de queda ou se ele:

- Caiu recentemente
- Seja propenso a magoar-se
- Refere tonturas ou visão turva
- Tem fraqueza ou perda de equilíbrio
- Usa aparelhos ortopédicos, tais como canadianas ou andarilhos.

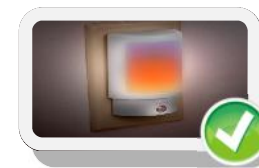
Com o objectivo de evitar quedas no hospital, aconselha-se os pais/ família/ pessoa significativa a atender às seguintes recomendações:

- Puxar sempre as grades do berço ou cama para cima, mesmo durante o sono;
- Verificar sempre se foi accionado o travão e se este ficou bem preso;
- Não deixar a criança ou o jovem com risco de queda sozinho, em cima da cama ou na bancada, nem por um segundo;



- Colocar a cama numa posição baixa, com o intuito de permitir maior autonomia da criança e do jovem;
- Ter próximo da criança ou jovem os óculos, aparelhos auditivos, dispositivos de marcha, a garrafa de água ou outros bens pessoais, para facilitar o acesso da criança ou jovem aos mesmos;
- Durante o banho, segurar o bebé correctamente, a fim de evitar uma possível queda;
- Acompanhar a criança à casa de banho durante o primeiro levante após cirurgia, se for o caso e quando transporta consigo dispositivos, tais como soros;
- No carinho (ou cadeirinha) colocar sempre o cinto de segurança e travá-lo, quando estiver parado;

- A cadeira das refeições deve ser estável e colocada preferencialmente encostada à parede;
- Não esquecer de travar a cadeira de rodas se for o caso, quando estiver parado;
- Manter o corredor da enfermaria desimpedido;
- Calçar à criança ou jovem sapatos antiderrapantes e completamente fechados atrás, bem justos aos pés, para evitar que tropece e escorregue;



- Não permitir que a criança ou jovem se coloque em cima do suporte de soros;
- Não permitir que a criança ou jovem corra no serviço, nem brinque em áreas não permitidas;
- Supervisionar a criança ou jovem enquanto brinca na sala de actividades, pois a criança ou jovem pode tropeçar em brinquedos desarrumados, ou pisá-los;
- Ter atenção ao piso molhado por derrame accidental, de líquidos ou aquando da limpeza do pavimento ou zona de banhos;
- Deixar luz de presença acesa durante a noite, em caso de necessidade, para permitir maior visibilidade.

ANEXO III – Folha de Registo de Queda do Doente



Folha de Registo de Queda do Doente

Data da Queda: __/__/__

Hora: __h__

Tipo de Queda	Tropeçar	<input type="checkbox"/>	Desmaio	<input type="checkbox"/>
	Escorregar	<input type="checkbox"/>	Desconhecida	<input type="checkbox"/>
	Perda de Equilíbrio	<input type="checkbox"/>		

Motivo da Queda	Estado de Saúde do doente	<input type="checkbox"/>	Factores Ambientais	<input type="checkbox"/>
	Resposta ao Trat/Med/Anestesia	<input type="checkbox"/>	Outros Motivos	<input type="checkbox"/>

Queda Envolvendo	Berço	<input type="checkbox"/>	Equipamento Terapêutico	<input type="checkbox"/>
	Cama	<input type="checkbox"/>	Escadas / degraus	<input type="checkbox"/>
	Cadeira	<input type="checkbox"/>	Enquanto transportado /	<input type="checkbox"/>
	Maca	<input type="checkbox"/>	apoiado por outro indivíduo	<input type="checkbox"/>
	Casa de Banho	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>

Presenciada	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
--------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------

Quem Presenciou	Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	Outro Profissional de Saúde	<input type="checkbox"/>
	Pais	<input type="checkbox"/>	Outro Familiar	<input type="checkbox"/>
	Outro doente	<input type="checkbox"/>	Amigo / Visitante	<input type="checkbox"/>

Ocorreu Algum Tipo de Lesão	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------

Tipo de Lesão	Abrasão	<input type="checkbox"/>	Luxação	<input type="checkbox"/>
	Algias	<input type="checkbox"/>	TCE	<input type="checkbox"/>
	Contusão	<input type="checkbox"/>	Fractura	<input type="checkbox"/>
	Entorse	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>

Local da Lesão	Crânio	<input type="checkbox"/>	MSE	<input type="checkbox"/>
	Face	<input type="checkbox"/>	MID	<input type="checkbox"/>
	Tórax	<input type="checkbox"/>	MIE	<input type="checkbox"/>
	Abdómen	<input type="checkbox"/>	Região Lombar	<input type="checkbox"/>
	Pélvis	<input type="checkbox"/>	Região Sacro-Coccígea	<input type="checkbox"/>
	Região Dorsal	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>
	MSD	<input type="checkbox"/>		

Tipo de Dano	Físico	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>
	Psicológico	<input type="checkbox"/>		

Nível de Gravidade	Nenhum	<input type="checkbox"/>	Severo / Grave	<input type="checkbox"/>
	Ligeiro	<input type="checkbox"/>	Morte	<input type="checkbox"/>
	Moderado	<input type="checkbox"/>		

Avaliado o Risco Prévio à Queda	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
--	-----	--------------------------	-----	--------------------------

Se sim: Nível de Risco	Baixo Risco	<input type="checkbox"/>	Alto Risco	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------	--------------------------	------------	--------------------------

Medidas Preventivas Tomadas	Monitorização de Sinais Vitais	<input type="checkbox"/>	Comunicação ao médico	<input type="checkbox"/>
	Ensino e orientação	<input type="checkbox"/>	Observação médica	<input type="checkbox"/>
	Contenção Física (imobilização)	<input type="checkbox"/>	RX	<input type="checkbox"/>
	Aplicação de gelo	<input type="checkbox"/>	TAC	<input type="checkbox"/>
	Aplicação de penso	<input type="checkbox"/>	RNM	<input type="checkbox"/>
	Imobilização de fractura	<input type="checkbox"/>	Realização de sutura	<input type="checkbox"/>
	Realização de penso	<input type="checkbox"/>	Manutenção/ Recuperação do	<input type="checkbox"/>
	Elevação Grades Protecção	<input type="checkbox"/>	Equipamento	<input type="checkbox"/>
	Aplicação de ligaduras	<input type="checkbox"/>		

Registo de evolução em caso de complicações devido à queda: _____

Probabilidade de o Incidente Ocorrer Novamente	Muito Improvável	<input type="checkbox"/>	Provável	<input type="checkbox"/>
	Improvável	<input type="checkbox"/>	Muito Provável	<input type="checkbox"/>
	Quase Certo	<input type="checkbox"/>	Não Sei	<input type="checkbox"/>

Factores Contribuintes	Factores do pessoal	<input type="checkbox"/>	Factores Organizacionais / do	<input type="checkbox"/>
	Factores do doente	<input type="checkbox"/>	Serviço	<input type="checkbox"/>
	Factores do trabalho/ Ambiente	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>
	Factores externos	<input type="checkbox"/>		

Data da Alta: __/__/__			
Tipo de Alta	Domicílio	<input type="checkbox"/>	Transferência

Fontes: Direcção-Geral da Saúde (2011). *Estrutura Concetual da classificação Internacional sobre Segurança do doente. Relatório Técnico*. Recuperado em 2012, Janeiro 20, de <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0> e Sistema de Relato de Incidentes Electrónico do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (2011).

Preenchido Por:

Indicações de Preenchimento:

Cole a etiqueta identificativa do Doente no espaço indicado

Motivo da queda (mencionar apenas um único motivo):

Estado de Saúde do doente: Quedas relacionadas com a condição geral do Doente e/ou com diagnósticos.

Resposta ao tratamento, medicação ou anestesia: Quedas directamente relacionadas com actos médicos ou cirúrgicos.

Factores Ambientais: Quedas que resultem da existência de condições adversas das instalações ou equipamentos (ex. chão molhado, objectos fora do lugar, ambiente escuro, calçado inadequado).

Outros motivos: Quedas que ocorreram durante o sono ou sonolência, levante sem supervisão ou motivo desconhecido.

Nível de Gravidade (DGS, 2011, p. 17) (mencionar apenas um único nível):

Nenhum - A consequência no doente é assintomática ou sem sintomas detectados e não necessita tratamento.

Ligeiro - A consequência no doente é sintomática, com sintomas ligeiros, danos mínimos ou intermédios de curta duração, sem intervenção ou com uma intervenção mínima requerida (por exemplo: observação extra, inquérito, análise ou pequeno tratamento).

Moderado - A consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção (por exemplo: procedimento suplementar, terapêutica adicional) um aumento na estadia, ou causou danos permanentes ou a longo prazo.

Grave - A consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, encurta a esperança de vida ou causa grandes danos permanentes ou a longo prazo.

Morte - No balanço das probabilidades, a morte foi causada ou antecipada a curto prazo, pelo incidente.

Factores contribuintes (DGS, 2011, p.15-16) (mencionar apenas um único Factor):

Factores profissionais (por exemplo, um defeito de comportamento de um indivíduo, défice no trabalho em equipa ou comunicação inadequada).

Factores do doente (por exemplo, não adesão ao tratamento).

Factores externos (ou seja, fora do controlo da estrutura ou da organização).

Factores Organizacionais (por exemplo, indisponibilidade dos protocolos comumente aceites).

ANEXO IV – CHECKLIST DA SEGURANÇA DO EQUIPAMENTO

CHECKLIST DA SEGURANÇA DO EQUIPAMENTO

Serviço _____

Data: ____/____/____

Auditor: _____

Cadeira de Rodas		SIM	NÃO	Observações
Travões	Cadeira segura quando aplicado?			
Braços da cadeira	Desconectam-se facilmente para transferências?	Não existe no Serviço		
Apoios para os pés	Ajustam-se facilmente?			
Pedais	Dobram facilmente, para o doente poder ficar?			
	Não descaem?			
Rodas	Não estão dobradas ou deformadas?			
	Não encravam?			
	Os travões travam eficazmente?			
Suporte de Soros				
Vara de suporte	Ajusta-se facilmente em altura?			
Rodas	Deslizam, rodam facilmente; não encravam?			
Estabilidade	Não tomba facilmente? (deve ter 5 apoios na base)			
Camas				
Grades	Sobem e baixam facilmente?			
	Ficam seguras quando elevadas?			
Rodas	Deslizam, rodam facilmente; não encravam?			
Travões	Dão segurança à cama quando activados?			
Banquinhos				
Pernas	Protectores de borracha em todos os pés?			
	Estáveis, não balançam?			
Topo	Superfície anti-derrapante?			
Campainhas				
	Luz de aviso no exterior da porta?			

Funcionantes	Alarme sonoro?			
	Alarme na sala de Enfermagem?			
	Intercomunicador satisfatório?	Não existe no Serviço		
	Acessível nas casas de banho?			
	Fio que acciona o alarme em boas condições?			
	Painel de alarme funciona?			
Andarilhos				
Segurança	Borrachas de segurança nas pontas presentes e em bom estado?			
	São estáveis?			
Bengalas				
Segurança	Borrachas de segurança em bom estado?			
Canadianas				
Segurança	Borrachas de segurança em bom estado?			
Mesas de Cabeceira				
Rodas	Deslizam, rodam facilmente; não encravam?			
	Peso distribuído?			
Cadeirão				
Se tiver rodas	Deslizam, rodam facilmente; não encravam?			
	Travão funciona quando accionado?			
Mesa de Refeições	Seguro?			
Corrimão	Pega adequada, contínua tanto quanto possível?			
	No quarto do utente?			
	Na Casa de Banho?			
	Nos Corredores?			
Paredes	Caixas de luvas, suporte para processo do doente, equipamentos esquinados fora do trajecto para a casa de banho?	Não existe no Serviço		

Fonte: Morse, J. (2009). *Preventing Patient Falls: Establishing a fall Intervention Program* (2ª Edition). New York: Springer Publishing Company, LLC. ISBN 978-0-8261-0389-5.

ANEXOS

ANEXO I – Questionário

Formação em Serviço

Nome da Acção: _____

Data: ___/___/___

Horário: das _____ às _____

Avaliação da Sessão de Formação

1. Como avalia os temas debatidos/ apresentados na sessão?

Muito adequado Adequado Pouco adequado Nada adequado

2. Como avalia a apresentação realizada?

Muito adequado Adequado Pouco adequado Nada adequado

3. Esta acção de formação irá alterar comportamentos/ técnicas? Justifique.

4- Como avalia a sessão de acordo com as suas expectativas?

Muito adequado Adequado Pouco adequado Nada adequado

5 – Sugestões e/ ou comentários que considere relevantes.

ANEXO II – Autorização do Conselho de Administração do CHTV para poder consultar e utilizar os dados referentes a Crianças e Jovens que sofreram uma queda e que recorreram ao Serviço de Urgência

C. H. T. V.
Conselho de Administração
Rec 26 DEZ. 2011

548/11-CA - Petr.

Enviado Original → Suf.º Ilídio

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de Torres Vedras

Assunto: Pedido de autorização para consultar e utilizar os dados estatísticos referentes a crianças e jovens que sofreram uma queda e que recorreram ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Torres Vedras relativos ao ano de 2011

Eu, Leticia Libânia Dos Santos, Enfermeira a exercer funções no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras, aluna do Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), sob orientação da Prof^a Maria Manuela Soveral, venho por este meio solicitar a autorização para consultar e utilizar os dados estatísticos disponíveis no Sistema Informático ALERT® referentes às quedas de crianças e jovens que recorreram ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Torres Vedras relativos ao ano de 2011, no âmbito do estudo que estou a desenvolver na Área da Gestão da Qualidade / Segurança dos Utentes no Serviço de Pediatria, para serem utilizados a nível académico no meu relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Serão garantidos os princípios éticos de confidencialidade e anonimato dos intervenientes e será garantida a não divulgação pública dos dados referentes a esta instituição em caso de deferimento do presente pedido.

Pede Deferimento

Torres Vedras, 22 de Dezembro de 2011

Atenciosamente,

Leticia Libânia Dos Santos

Leticia Libânia Dos Santos

Telemóvel: 919490852

leticiasantosenf@gmail.com

Autorigado desde
são cumpridos os principais
requisitos referentes à confi-
dencialidade, anonimato
e privacidade dos utentes
e pais ou representantes.

Isabel Carvalho

10/01/2012
ISABEL CARVALHO
Directora Clínica

ANEXO III – Questionário do Centro de Formação do CHTV

Formação em Serviço

Acção: _____

Data: ____/____/____

Horário: das ____ às ____ horas

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

1. Como avalia os temas debatidos/apresentados na sessão?

Muito adequado Adequado Pouco adequado Nada adequado

2. Como avalia a apresentação realizada?

Muito adequado Adequado Pouco adequado Nada adequado

3. Esta acção de formação irá alterar comportamentos/ técnicas? justifique

4. Como avalia a sessão de acordo com as suas expectativas?

Muito adequado Adequado Pouco adequado Nada adequado

5. Sugestões e/ou comentários que considere relevantes

ANEXO IV – Licença para utilização da Escala

INVOICE



3100 SW 62 Avenue
Miami, FL 33155
Phone 305.666.6511 Fax 305.663.6447

INVOICE #1185
DATE: APRIL 14, 2011

ORDERED BY:
Nilda Caldeira
c/o Filomena Gaspar, Msc, PhD
Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
(Lisbon Nursing School)
Dean of ESEL
mfgaspar@esel.pt
217924100

SHIP PACKAGE TO:

COMMENTS OR SPECIAL INSTRUCTIONS:
Payment Received in Finance via Wire.

QUANTITY	DESCRIPTION	UNIT PRICE	TOTAL
1	Humpty Dumpty Falls™ Scale and Prevention Program License 1 License Nilda Caldeira (Lisbon Nursing School)		399.00 USD
Electronic Email sent with all information. - Debbie H-R		SUBTOTAL	399.00
		SALES TAX	0.00
		SHIPPING & HANDLING	0.00
		PAID	\$399.00
		TOTAL DUE	\$0.00

Make all checks payable to Miami Children's Hospital
Nursing Administration
~~Attention: Deborah Hill-Rodriguez~~
3100 SW 62 Avenue
Miami, FL 33155
Credit Card payments call- 786.624.3315
If you have any questions concerning this invoice, contact Deborah Hill-Rodriguez @ 786.624.3315 or deborah.hill@mch.com

Thank you for your business!

ANEXO V – A Escala *Humpty Dumpty*



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Prevenir quedas, aumentar a segurança.

Ferramenta de Avaliação de Risco de Queda
A Escala Humpty Dumpty – Doentes Hospitalizados

Parâmetro	Critérios	Resultado	___/___/2012			___/___/2012			___/___/2012		
			N	M	T	N	M	T	N	M	T
Idade	Menos de 3 anos	4									
	De 3 anos até menos de 7 anos	3									
	De 7 anos até menos de 13 anos	2									
	13 e mais anos	1									
Sexo	Masculino	2									
	Feminino	1									
Diagnóstico	Diagnóstico Neurológico	4									
	Alterações na Oxigenação (Diagnóstico Respiratório, Desidratação, Anemia, Anorexia, Síncope/tonturas, etc.)	3									
	Distúrbios Psicológicos/Comportamentais	2									
	Outros Diagnósticos	1									
Deficiências Cognitivas	Não tem noção dos Limites	3									
	Esquece os Limites	2									
	Orientado para a capacidade própria	1									
Factores Ambientais	Historial de Quedas ou Bebê/Criança com menos 3 anos deitada na Cama	4									
	Doente utiliza dispositivos de assistência ou Bebê/Criança com menos de 3 anos no Berço ou Mobiliário/Iluminação (Quarto Triplicado)	3									
	Criança com 3 anos e mais, deitado numa Cama	2									
	Zona de Ambulatório	1									
Reacção a Cirurgia/Sedação / Anestesia	No espaço de 24 horas	3									
	No espaço de 48 horas	2									
	Há mais de 48 horas/Nenhuma	1									
Consumo Medicamentoso	Consumo múltiplo de: Sedativos (excluindo doentes na UCI sedados e imobilizados) Hipnóticos Barbitúricos Fenotiazinas Anti-depressivos Laxantes/Diuréticos Narcóticos	3									
	Um dos medicamentos mencionados acima	2									
	Outros Medicamentos/Nenhuns	1									
		TOTAL									

Em risco de queda se o resultado for 12 ou Superior

Resultado Mínimo 7
Resultado Máximo 23



Protocolo de Segurança contra Queda de Doentes

Protocolo Padrão de Baixo Risco (resultado 7-11)

- Orientação para o quarto
- Cama em posição baixa, travões accionados
- Grades de segurança x 2 ou 4 levantadas, avaliação de aberturas de grande dimensão, com envergadura que possa levar a que o doente entale um membro ou outra parte do corpo, utilização de procedimentos de segurança adicionais.
- Utilização de calçado antiderrapante nos doentes não acamados, utilização de vestuário de tamanho adequado para prevenir tropeções
- Avaliar as necessidades de eliminação, prestar auxílio se for necessário
- A luz de chamada encontra-se ao alcance, educar o doente/a família sobre a sua função
- Ambiente livre de equipamento não utilizado, o mobiliário encontra-se no lugar, livre de riscos
- Avaliar a existência de iluminação adequada, deixar a luz de presença acesa
- Disponibilizar educação de doentes e familiares aos pais e ao doente
- Documentar o ensino sobre a prevenção de quedas e incluir no plano de cuidados

Protocolo Padrão de Elevado Risco (resultado de 12 e superior)

- Identificar com o símbolo correspondente ao risco elevado, na cama do doente, no historial clínico do doente e no quadro da sala de enfermagem
- Educar o doente/os pais sobre as precauções do protocolo de quedas
- Verificar o doente, no mínimo, a cada hora
- Acompanhar o doente nas deslocações
- Colocar o doente numa cama adequada ao respectivo desenvolvimento
- Ponderar deslocar o doente para mais perto da sala de enfermagem
- Avaliar a necessidade supervisão 1:1
- Avaliar as horas de administração medicamentosa
- Retirar todo o equipamento não utilizado do quarto
- Barreiras de segurança para confinar espaços e aberturas na cama
- Manter sempre a porta aberta, a não ser que estejam implementadas precauções de isolamento específicas
- Manter a cama na posição mais baixa, a não ser que o doente esteja a ser assistido directamente
- Documentar o ensino e o plano de cuidados no relatório de enfermagem

NOTA: Para identificar o doente com **padrão de Alto Risco** (resultado de 12 ou superior) colocar no quadro da sala de enfermagem e no quadro de identificação da cama, o símbolo . No doente com **padrão de Baixo Risco** (resultado 7-11) colocar o símbolo .

ANEXO VI – Autorização do Conselho de Administração do CHTV para a implementação do Estudo

A Direcção do Serviço de Pediatria para inquirir sobre esta solicitação M. V. Vilela

De acordo com a Directiva do Serviço made há a oferta para o desenvolvimento do estudo.

2012/12/14

MÁRIO VILELA
Enfermeiro Director

2011/12/19

M. V. Vilela
MÁRIO VILELA
Enfermeiro Director

C. H. T. V.
Conselho de Administração
Rec 13 DEZ, 2011

528/11-CA-INT.

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Torres Vedras

Atenção ao Sr. Eng.º
Avaliação de risco
de queda em crianças
do internamento

Assunto: Pedido De Autorização para o Desenvolvimento de um Estudo na Área da Gestão da Qualidade / Segurança dos Utentes no Serviço de Pediatria

Eu, Leticia Libânia Dos Santos, Enfermeira a exercer funções no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras, aluna de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), sob orientação da Profª Maria Manuela Soveral, venho por este meio solicitar o pedido de autorização para a aplicação de uma Escala de Avaliação do Risco de Queda em Crianças Hospitalizadas - *The Humpty Dumpty Falls Scale*, em duas Valências do Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras – Serviço de Pediatria Internamento e na Urgência Pediátrica.

O hospital tem como principal objectivo actualmente promover a qualidade dos cuidados e a segurança do doente, exigindo novas formas de avaliação da sua eficácia. Assim, a segurança dos utentes surge como uma prioridade máxima e é vista como um paradigma da qualidade dos cuidados de saúde.

Uma das metas internacionais da segurança dos utentes que se destaca está relacionada com a redução do risco de lesões resultantes de quedas em doentes (Joint Commission Internacional, 2007). Em 2010, o Ministério da Saúde e das Finanças, emanaram um documento intitulado *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais* em que referem que as quedas são uma importante causa de morbilidade (e até de mortalidade), susceptíveis de aumentar o número e severidade de complicações, responsáveis pelo agravamento dos custos, associados ao prolongamento do internamento. Desta forma, a correcta avaliação do risco de queda em crianças hospitalizadas torna-se crucial, visto que apenas existem escalas de monitorização de quedas para a população adulta e não adaptadas à população infantil

Tomei conhecimento
Toda as acções tomadas para um melhor
de qualidade e todos os que envolve SFT
15/12/2011

Dr. GONÇALVES ANDRÉ
Presidente do Conselho

Neste sentido, este estudo tem como objectivo traduzir e validar a Escala de Avaliação de Risco de Queda em Crianças Hospitalizadas - *The Humpty Dumpty Falls Scale* (HDFS). Numa primeira fase será realizada a aplicação da escala durante um mês, através de uma amostra de conveniência. Após análise dos dados proceder-se-á à continuidade de aplicação da mesma no sentido de terminar o processo de validação da mesma.

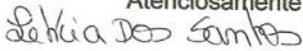
A participação no estudo envolverá os elementos das equipas de enfermagem dos dois Serviços de Pediatria do CHTV no preenchimento da escala, para posteriormente se analisar os dados para o processo de validação da escala. Os dados vão ser analisados por mim.

Os custos de aquisição da escala ficam a cargo da Unidade de Investigação da ESEL.

Durante o estudo, os participantes poderão contactar o investigador para esclarecer qualquer dúvida ou por outro motivo, e serão livres de desistir de participar em qualquer momento. Todas as informações pessoais serão tratadas com absoluta confidencialidade

Pede Deferimento

Torres Vedras, 12 de Dezembro de 2011

Atenciosamente,

Leticia Libânia Dos Santos
Telemóvel: 919490852